

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°.....

535

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Louis RISLER

Né le 6 Mars 1908, à PARIS (Seine)

ESSAI SUR LES RAPPORTS DU MORAL
ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
CHEZ L'ADULTE

TRAVAIL DU SANATORIUM DE L'ASSOCIATION MÉTALLURGIQUE
ET MINIÈRE CONTRE LA TUBERCULOSE
(SAINT-HILAIRE-DU-TOUVET, ISERE)

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Louis RISLER

Né le 6 Mars 1908, à PARIS (Seine)

ESSAI SUR LES RAPPORTS DU MORAL
ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
CHEZ L'ADULTE

TRAVAIL DU SANATORIUM DE L'ASSOCIATION MÉTALLURGIQUE
ET MINIÈRE CONTRE LA TUBERCULOSE
(SAINT-HILAIRE-DU-TOUVET, ISÈRE)

Président : M. BEZANÇON, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BAUTHAZARD.
	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
	CARNOT.
Clinique médicale	Marcel LABBE
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	FENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose	VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANCON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Assistance médico-sociale	LAUBRY.
	CROUZON.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
ANELINE	DE GAUDART
BARJÉTY	D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale
BENARD Henri	GAYET
BERNARD Et.	Physiologie.
BESANÇON (J.)	Pathologie médicale.
BOULIN	GIROUD
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	HAGUENAU
COSTE	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	HALPHEN
DOGNON	Oto-rhino-laryngologie
FUNCK-	Pharmacologie.
BRENTANO ...	HAZARD
FEY	HUGUENIN
GAILLARD	Anatomie pathologique
GASTINEL	JOANNON
	Hygiène.
	LACOMME
	Obstétrique.
	LANTUEJOL
	Obstétrique.
	LAROCHE Guy.
	Pathologie médicale.
	LAVIER
	Parasitologie.
	LELONG
	Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
VAUDESCAL ...	Obstétrique
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
FRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE. ...	} Clinique obstétricale
METZGER ...	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR

Je lui dédie ce travail. C'était un être particulièrement bon et sensible. Que son souvenir et son exemple nous aident à mieux supporter les épreuves de la vie.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Qu'elle veuille bien considérer ce travail un peu comme le sien. C'est son bien moral, puisque c'est grâce à ses conseils, à son amour, à son exemple, qu'il a pu être entrepris. Il ne sera qu'un faible gage de notre amour filial.

A MES FRERES, A MA BELLE-SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON
Professeur de Clinique de la Tuberculose
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre jury
de thèse. Qu'il veuille bien trouver ici,
avec nos remerciements, l'expression de
notre profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS :

CARNOT
CLAUDE
DUVAL
FAROY
GUILLAIN
HALBRON
LEMAITRE

LEMIERRE
LEVANT
MILLIAN
MOCQUOT
NOBECOURT
TERRIEN

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN FOIX
Médecin-Directeur
des Sanatoriums de l'Association Métallurgique et Minière
à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère)
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous n'oublierons jamais que, grâce à ses conseils, nous avons pu retrouver la santé qui nous a permis de reprendre notre activité professionnelle. Depuis plus d'un an nous sommes son élève. Nous garderons un souvenir ému de l'accueil qu'il nous a réservé et de l'atmosphère d'autorité amicale qu'il a su créer autour de lui.

Nous ne saurions assez lui témoigner notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a initié au métier de phthisiologue et pour les leçons et l'enseignement qu'il n'a cessé de nous prodiguer et dont nous espérons avoir tiré quelque profit.

Il a bien voulu nous aider dans la rédaction de ce travail et n'a ménagé ni sa peine ni ses justes conseils.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueux attachement et de notre très grande gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARC TIFFENEAU

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

En hommage de notre profonde reconnaissance pour la bienveillance amicale dont il n'a cessé de nous entourer et les encouragements qu'il a bien voulu nous prodiguer depuis le début de nos études médicales.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNIOT
Professeur de Pathologie Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Grenoble
Chirurgien des Hôpitaux
Chirurgien des Sanatoriums
de Briançon et de Saint-Hilaire-du-Touvet

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARON
Médecin des Hôpitaux

C'est avec lui que nous avons fait nos premières armes de phtisiologue. Qu'il accepte nos remerciements et l'assurance de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL NICAUD
Médecin des Hôpitaux
Chef de Laboratoire à l'Hôpital Lariboisière

Il nous a prodigué ses soins lorsque nous étions enfant. C'est lui qui nous a donné le goût de la médecine. Qu'il veuille bien accepter le témoignage de notre reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VOINOT
Ancien Assistant des Sanatoriums Populaires de Leysin
Médecin-Adjoint
des Sanatoriums de l'Association Métallurgique et Minière
à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère)

Depuis notre arrivée à Saint-Hilaire-du-Touvet, il a été pour nous un véritable ami. Nous ne saurions le remercier assez, outre les conseils éclairés qu'il nous a donnés, de l'aide morale qu'il nous a apportée.

Qu'il trouve ici l'expression de notre amicale gratitude.

A MONSIEUR HENRI DU MESNIL
Interne au Sanatorium de l'Association Métallurgique et Minière

Très sûr compagnon de nos heures de solitude, il a bien voulu nous aider dans la recherche de nos observations.

Qu'il accepte avec nos remerciements l'hommage de notre reconnaissance.

ESSAI SUR LES RAPPORTS DU MORAL ET DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

INTRODUCTION

A la suite de la réunion des Médecins des Sanatoriums du Jura et des Alpes Françaises qui s'est tenue à Hauteville, le 20 juin 1937, il nous a paru intéressant, sur les suggestions du Docteur FOIX, de reprendre et d'approfondir la question des rapports du moral et de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte.

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre originale; mais il nous a semblé que la question méritât qu'on y revint.

COLOMBAN, dans son mémoire, a posé ainsi la question : « Existe-t-il une conjecture psychologique qui favorise l'éclosion ou l'évolution de la tuberculose ? »

A cette question, nous tâcherons de répondre aussi objectivement que possible, en nous appuyant sur des faits précis.

FOIX insistait de son côté, à cette même réunion, sur l'importance du facteur moral qui « se révèle non seulement au cours de l'évolution de la maladie, mais encore dans un certain nombre de cas, où les causes morales paraissent jouer un rôle prépondérant dans l'étiologie de la tuberculose, et dans le déterminisme des rechutes et des réveils. »

La part qui revient au moral, qu'on se place au point de vue étiologique, évolutif ou thérapeutique, a été à notre sens un peu trop oubliée.

L'organisme, jusqu'à présent, semble avoir été seul en vue et on a négligé l'étude si féconde que fourniraient les rapports

de nos activités mentales avec notre physique dans l'éclosion des troubles organiques.

Le problème est vaste. Il comprend des facteurs étiologiques, évolutifs et thérapeutiques. Nous nous attacherons successivement à chacun d'eux, et nous essaierons, dans la mesure du possible, de tirer les leçons pratiques que comporte le sujet.

Du point de vue étiologique, nous verrons ce qu'il faut penser des doctrines admises, s'il n'y a pas matière à une révision de nos idées actuelles. Nous étudierons la part qui revient aux causes occasionnelles sur lesquelles insistaient déjà les anciens auteurs, et que beaucoup admettent aujourd'hui. Paul BRAUN et Jeanine FREY RAGU ont insisté il y a quelques années sur « la fréquence du facteur moral considéré comme cause d'éclatement de la tuberculose ».

Depuis, il semble que cette question n'a pas retenu l'attention qu'elle méritait. C'est notre but d'y revenir en nous basant sur des observations que nous permet notre séjour en sanatorium.

Du point de vue évolutif, nous ferons notre possible pour dégager la part qui revient au moral, soit dans l'aggravation, soit dans l'amélioration du processus évolutif de la bacillose. Nous essaierons de dégager des résultats pratiques de nos observations en étudiant le psychisme du tuberculeux pulmonaire au sanatorium. Quel rôle peut avoir la vie contemplative menée par le malade pendant sa cure? Quelle influence peut-elle exercer sur son psychisme? Quelle importance a ce dernier sur l'évolution de la maladie?

Il nous semble, en effet, qu'en étudiant le rôle du psychisme au cours de la tuberculose pulmonaire on puisse faire mieux qu'œuvre théorique mais œuvre pratique. Il nous faudra d'abord répondre à une question qui a préoccupé nombre d'auteurs : existe-t-il un psychisme particulier des tuberculeux?

Nous ne voudrions tomber dans aucun excès soit dans un sens soit dans l'autre. Il ne manque pas d'auteurs pour affir-

mer que le tuberculeux n'a aucun psychisme particulier; d'autres, au contraire, affirment la coexistence de réactions psychologiques particulières en rapport avec la tuberculose. Nous essaierons, en toute équité, de faire la part des choses et sans être aussi catégorique de montrer qu'il peut y avoir une part de vérité dans les deux thèses qui s'affrontent.

La question n'est en réalité pas aussi simple qu'elle le paraît à première vue. Il tombe sous le sens que tous les tuberculeux ne réagiront pas de même suivant leur éducation, le milieu social auquel ils appartiennent, les tendances naturelles propres à tout individu. Si l'on peut parler d'un psychisme des tuberculeux pulmonaires il s'agit, à la vérité, d'une quantité infinie de psychismes; de plus, un même individu peut voir évoluer son propre psychisme au cours de la maladie. Mais une fois admis, à priori, l'existence d'un état particulier que confère la tuberculose au malade, la question n'est point résolue. Elle n'est qu'un point de départ. Il nous reste en effet à étudier quel rôle ce psychisme va jouer au cours de la maladie, quel rôle va exercer le moral sur l'individu, tout au long de cette longue épreuve que constitue une cure sanatoriale.

Du point de vue thérapeutique, nous voudrions insister sur le rôle moral que peut et doit avoir le médecin

Il doit être un principe, que personne ne contestera, c'est l'utilité pour le médecin de bien connaître ses malades, non seulement physiquement, mais psychologiquement et moralement. De cette connaissance dépendra pour une grande part le succès de sa psychothérapie. Or, s'il est une maladie où le médecin est amené à faire appel à ses ressources psychologiques, c'est bien la tuberculose, maladie chronique qui exige toujours une cure prolongée et durant laquelle médecins et malades sont en contact permanent et ont des rapports étroits quotidiens. Là, moins qu'ailleurs, le malade ne doit être un numéro; il devra savoir qu'il peut trouver chez celui qui le soigne les encouragements qui l'aideront à mieux supporter les défaillances au cours d'une cure de plusieurs mois, voire même de plusieurs années. A ce contact, le médecin à son

tour, doit acquérir les éléments psychologiques nécessaires à une psychothérapie si utile, et qui peut donner des résultats si féconds.

Après avoir étudié l'importance du facteur psychique dans le processus évolutif de la bacillose, nous serons amené à étudier les rapports des troubles mentaux avec la tuberculose. Cette question a été maintes fois débattue et nous ne voudrions que poser à nouveau, dans son ensemble, ce problème si important.

Voici donc les points essentiels sur lesquels nous allons insister.

Nous essaierons de suivre un plan logique, ne perdant jamais de vue l'intérêt pratique du sujet.

1° Un chapitre de généralités posera le problème des rapports du moral et du physique dans son ensemble.

2° Dans un premier chapitre, nous essaierons de discriminer le rôle étiologique que peut avoir le moral dans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte.

3° Le deuxième chapitre sera consacré au rôle du moral dans l'évolution de la tuberculose. Nous étudierons le psychisme du tuberculeux et son importance au cours du processus évolutif de la maladie.

4° Un troisième chapitre sera consacré aux rapports qui peuvent exister entre la tuberculose et les psychopathies.

Nous sommes, en effet, amené par une pente naturelle à étudier ces rapports en nous demandant, après beaucoup d'autres du reste :

Existe-t-il une psychopathie spécifiquement tuberculeuse ?

Quel est le rôle étiologique de la tuberculose dans certaines psychopathies ?

5° Enfin, un quatrième chapitre essaiera de synthétiser les quelques idées que nous aurons pu avoir, d'en tirer les conclusions thérapeutiques et de montrer leur intérêt pratique dans la cure et, oserons-nous dire, dans la guérison de la tuberculose.

GENERALITES

LE MORAL ET LE PHYSIQUE

Avant d'étudier le rôle que peut jouer le moral dans l'étiologie, l'évolution ou la guérison de la tuberculose, nous voudrions fixer quelques points. Nous nous en tiendrons dans ce chapitre aux généralités, non que nous voulions philosopher ; mais il nous a paru utile, avant d'entrer dans le vif du sujet, de jeter un coup d'œil d'ensemble et de tâcher de discerner si les tendances actuelles, la tournure d'esprit scientifique et médicale n'omettaient pas un point important en mésestimant et en ne considérant pas à sa juste valeur le rôle du moral, non seulement dans les maladies mentales mais organiques.

« Le corps et l'âme, dit CARREL, sont des vues prises du même objet à l'aide de méthodes différentes, des abstractions faites par notre esprit d'un être unique. L'antithèse de la matière et de l'esprit n'est que l'opposition de deux ordres de techniques. L'erreur de DESCARTES a été de croire à la réalité de cette abstraction et de regarder le physique et le moral comme hétérogènes. »

Cette phrase fixe exactement le sens que nous voudrions donner à ce chapitre.

Il semble, en effet, que de cette dualité proviennent les hésitations que la science et en particulier la médecine ont pu marquer.

Parce que de l'âme et du corps, ce dernier est le plus facile à étudier, on a eu tendance à négliger l'un aux dépens de l'autre. Certes, nous ne pouvons pénétrer les mystères du

cerveau. A cause de cette ignorance, notre esprit a préféré jusqu'ici appliquer à ces mystères les conceptions de la physique, de la chimie ou bien se retrancher derrière les doctrines philosophiques ou religieuses.

Mais n'est-ce pas à cette erreur initiale que nous devons aujourd'hui de ne considérer que l'organique, les réactions physiques, cette mentalité scientifique si bien ancrée en nous-mêmes, qu'elle fait en somme partie intégrante de nos pensées, de nos raisonnements, et qui laisse en suspens la moitié du problème ? Notre jugement a été façonné par de longs siècles de matérialisme. Nous jugeons suivant une sorte de raisonnement héréditaire dont il nous est difficile, sinon impossible de nous défaire.

Notre tournure d'esprit date de la Renaissance. A cette époque, GALILÉE distingua les qualités primaires des choses et les qualités secondaires ; les premières, dimensions, poids, sont mesurables ; les secondes, couleur, forme, odeurs ne le sont pas. Dès ce moment le quantitatif fut séparé du qualitatif. Au premier s'attachèrent les esprits, il fut exprimé en langage mathématique, physique, chimique et constitua la Science telle que nous la concevons aujourd'hui. On négligea le qualitatif.

L'étude de l'homme, de par sa complexité même a été faite, au cours des siècles, par compartiments. Celui-là étudie l'anatomie, cet autre la physiologie, la physique, la chimie, l'un consacrera son temps à l'étude de la métaphysique, de l'intelligence, l'autre aura une connaissance approfondie des activités artistiques, religieuses, sociales ; mais les relations qui unissent ces activités, qui s'en est préoccupé ? Nous n'arrivons toujours qu'à connaître une infime partie de l'être humain. L'Homme forme un tout indivisible qui est soumis à des réactions physiques, chimiques et physiologiques. Les séparer, étudier les unes sans vouloir comprendre les rapports qui les lient aux autres, c'est faire œuvre vaine et stérile.

Les physiologistes du XIX^e siècle, imbus de matérialisme, ont voulu voir dans l'homme une sorte de creuset, centre de

multiples réactions chimiques. L'homme n'était plus qu'une expression physico-chimique, laboratoire où les formules se succédaient, se mélangeaient pour former des réactions merveilleuses.

Les vitalistes, pour expliquer l'unité de l'être humain, rejetaient le principe physico-chimique. Ils invoquaient un principe supérieur, une entéléchie ; mais cette entéléchie n'était qu'une pure vue de l'esprit qu'ils créaient eux-mêmes.

Les mécanistes, à leur tour, pensaient que tous les phénomènes physiologiques ou psychologiques étaient régis par les voies physico-chimiques.

Nous nous connaissons mal parce que nous n'avons pas su étudier l'ensemble de ce tout merveilleux et indissoluble que forme l'être humain. Tous, nous avons une formation propre, nous suivons nos goûts, nos impulsions, nous sommes séduits par tel ou tel système qui fausse notre jugement et nous empêche de voir l'ensemble. Nous sommes tous plus ou moins, car nous ne sommes que des hommes après tout, influencés par des théories, des systèmes. Claude BERNARD disait : « Il faut se débarrasser des systèmes philosophiques et scientifiques, comme on briserait les chaînes d'un esclavage intellectuel. » L'être humain n'est pas plus une machine réduite à des réactions physico-chimiques qu'il n'est un simple principe spirituel. Il forme un tout homogène où le physiologique réagit sur le psychologique et inversement. Il serait faux de vouloir faire prédominer l'un au détriment de l'autre.

Cette séparation du moral et du physique est en réalité factice. Ce n'est qu'une vue de l'esprit, commode il est vrai à l'étude plus simple de l'une et de l'autre ; mais à quoi correspond-elle en réalité ? Notre être forme un tout dont la plus petite partie a son importance et sans laquelle il ne saurait vivre ou perdrait son équilibre. Chaque organe réagit suivant un mode particulier, semble avoir, si l'on peut dire, une vie autonome ; mais cet organe travaille dans un but commun et est lié aux autres par des lois inéluctables. Aucun ne peut prétendre suffire à l'individu. Ils sont tous liés entre eux

soit par des liens visibles, soit, au contraire, par des fils si ténus qu'ils semblent, au premier abord, invisibles.

Nous avons étudié les phénomènes de la digestion, nous savons qu'à chaque organe correspond une substance particulière qui a son effet propre et dont la réaction chimique nous est connue d'avance. Nous le savons, parce qu'il nous a été possible de recueillir ces différentes substances, parce que nous avons pu étudier leur réaction. Ces peptones, ces entérokinases ont donc une vie indépendante, elles font leur travail de spécialisation, elles réagissent toujours de même devant certains corps qu'elles transforment toujours de la même façon. Et pourtant, leur sécrétion est elle-même influencée par des facteurs venus d'ailleurs. Les émotions agissent sur la sécrétion de nos glandes soit par excès, soit par défaut. Nos surrénales sécrètent l'adrénaline, notre estomac du suc gastrique; or, ces fonctions peuvent être modifiées par une émotion. La colère, la peur, la crainte, la honte produisent des décharges d'adrénaline dans la circulation, du ralentissement ou des arrêts des sécrétions gastriques. Quand nous aurons dit que ces sécrétions sont modifiées par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs qui provoquent la dilatation ou la constriction des artères, en serons-nous plus avancés ? Nous constatons un fait, mais nous ne l'expliquons pas. Mais c'est déjà beaucoup que de constater cette influence des activités mentales sur l'organisme.

« Tous les états de conscience, ajoute Carrel, ont probablement une expression organique ». C'est un lieu commun de dire : le plaisir fait rougir, alors que la peur fait blanchir. C'est un fait que tout le monde admet et qui se retrouve dans les expressions « La rougeur de la honte », « Blanc de peur ».

Chacun sent plus ou moins consciemment l'intrication qui existe entre les réactions de l'organisme et le psychisme.

Les hygiénistes, les médecins, se sont-ils vraiment attachés d'une façon suffisante à la genèse des maladies ? N'ont-ils pas, de propos délibéré, fait trop peu de cas des fonctions mentales pour expliquer l'éclosion de nos maux ? N'ont-ils pas oublié

un peu trop que si le corps et l'esprit sont distincts, ils ne sauraient pourtant être séparés, qu'ils réagissent l'un sur l'autre et qu'ils ne font qu'un en réalité ?

La genèse et l'évolution d'une maladie comme la tuberculose sont soumises à un cercle vicieux. En effet, des modifications de l'organique sont influencées par nos divers états de conscience; d'autre part, l'organique à son tour réagit sur notre activité psychologique. Le moral agit sur notre physique et le physique transforme notre moral. C'est parce que le moral, chez le tuberculeux par exemple, est déficient, qu'il est prêt à toutes les évolutions possibles. Il prépare ainsi un terrain défavorable à la lutte qu'il doit soutenir journellement. Mais, d'un autre côté, l'état moral est déterminé par l'état organique. Dès que le tuberculeux va mieux, son moral devient meilleur ; il reprend goût à la vie, à la lutte et offre ainsi plus de résistance à la maladie. Ce cercle vicieux prouve à quel point l'esprit et le corps ne font qu'un, il nous permet de constater une fois de plus, sans les expliquer, les relations qui unissent l'évolution de notre organisme à celle de nos activités mentales et spirituelles.

Si une fois les lésions organiques constituées, on ne remonte pas toujours à leur genèse véritable, c'est que, bien souvent, le médecin oublie de faire état des facteurs moraux. Le malade à son tour ne songe pas à faire un rapprochement entre sa lésion organique et son activité spirituelle. Et même s'il y songe, il préférera ignorer la part de l'affectivité qu'il sent plus ou moins consciemment, et s'efforcera, le premier, de rejeter la cause de ses souffrances sur le compte de ses lésions organiques. Que le malade ne voit pas ce rapport, cela peut, dans un certain sens, s'expliquer. Mais le médecin, lui, ne devrait-il pas y songer ? Si son esprit était plus souvent orienté dans cette direction, peut-être aurait-il souvent des surprises. « C'est la grande faute de la mentalité médicale actuelle, dit Allendy, que d'avoir sous-estimé ou méconnu la prévalence essentielle des facteurs psychiques dans beaucoup de maladies dites organiques, et en particulier dans la tuberculose. Les

médecins commettent volontiers cette faute de méthode de négliger le facteur indosable au détriment des facteurs qui sont mesurables au laboratoire. »

Les psychanalistes sont les premiers qui aient vraiment étudié les rapports du psychisme et de l'organique. Ils ont pu démontrer, dans certains cas, la prééminence des facteurs moraux. Ils ont pu expérimentalement établir leurs conceptions et guérir, par des moyens uniquement psychothérapiques, des cas considérés comme essentiellement organiques. Les résultats qu'ils ont obtenus sont encourageants et devraient ouvrir la voie à des conceptions plus justes de l'étiologie des maladies, conceptions qui, dans nombre de cas, seraient fécondes en résultats. Nous avons dit plus haut que les émotions agissaient sur les sécrétions de nos glandes et produisaient des modifications de notre organisme.

Nous ne citerons que pour mémoire la fameuse expérience de PAWLOW. Ce jour-là, il a fait la preuve de l'existence d'une sécrétion gastrique uniquement psychique. Nous savons, de plus, aujourd'hui, que la composition du suc gastrique n'est pas la même à l'idée d'un bouillon, par exemple, ou d'un plat plus riche en graisses.

La vésicule biliaire est le siège d'un phénomène analogue. Elle aussi se contracte et libère la bile à l'idée d'un repas gras. On peut encore citer l'expérience de REINHOLD, qui fait transpirer un sujet en hypnose, sur une seule moitié du corps. Il trouve une augmentation des globules blancs du côté en transpiration.

Raoul BERNARD rapporte des cas de canities survenant à la suite d'une émotion.

On sait quel rôle l'émotion peut jouer dans l'apparition des dermatoses. JOLTRAIN cite le fait dont il a été témoin au cours d'un bombardement pendant la guerre, en 1916, à Nancy. Réfugié dans une cave, il observe « une jeune femme qui présentait sur le dos de la main un placard urticarien annulaire assez curieux, qui semblait nettement s'accuser chaque fois qu'un nouvel obus éclatait, en même temps qu'elle était prise

d'un léger tremblement et que son visage exprimait une vive émotion. » Il apprend par la suite que cet urticaire est apparu à la suite de l'éclatement d'une torpille, à côté de la maison de la malade. Le même auteur rapporte l'observation d'une femme chez qui il a provoqué une frayeur. Il constate une leucopénie, une diminution du temps de coagulation du sang, une baisse de la tension artérielle, suivie aussi d'un état nauséux, de l'apparition d'un urticaire et, enfin d'une crise d'asthme, pour laquelle, du reste, la malade venait consulter. « Tout se passe, conclut Joltrain, comme si l'émotion avait provoqué l'introduction brusque dans l'organisme d'une protéine ou albumine sensibilisante. »

CANNON, de son côté, a montré que la peur provoquée chez un chat produisait une vaso-dilatation des vaisseaux des glandes surrénales, d'où une augmentation de la tension artérielle par suite de décharges adrénaliniques.

Ne nous est-il pas alors permis, puisque nous constatons que nos émotions, nos sentiments provoquent des modifications organiques, d'admettre qu'à un degré de plus, ces modifications peuvent devenir de véritables maladies ? Puisque nos sentiments provoquent des troubles organiques, ne sommes-nous pas dans le vrai quand nous affirmons que la répétition de ces modifications de nos humeurs, modifications que la vie moderne vient singulièrement développer, peut se transformer, petit à petit, et aboutir à une lésion organique ? Certaines relations entre le processus psychique et organique sont une réalité ; et si leur nature nous est encore inconnue, devons-nous les rejeter ?

« Pour le médecin, dit encore Allendy, la tendance à considérer comme primordiale, essentielle, le facteur organique dans le cycle d'interactions psycho-physiologique, procèdent d'un postulat matérialiste qui est tout aussi gratuit, tout aussi métaphysique, que serait le postulat inverse. »

Loin de nous la pensée de vouloir condamner les examens du laboratoire qui viennent confirmer ou infirmer les examens cliniques ; mais nous voudrions qu'il soit admis que l'examen

psychologique du malade ait au moins une place aussi grande que les examens cliniques, bactériologiques, sérologiques. Nous savons ce qu'il faut penser de certaines déclarations des malades, que viennent infirmer un examen de laboratoire. Ces déclarations ne valent pas plus dans un cas que dans l'autre. De même que l'affirmation d'un malade qui déclare n'avoir jamais eu la syphilis n'empêche pas de faire un Wassermann, ne faut-il pas se fier à l'affirmation d'un malade qui nie l'existence d'un conflit psychique. Ne nous hâtons pas de conclure trop vite à l'inexistence de ce conflit psychique sur la simple affirmation de l'absence de tout trouble moral.

COLOMBAN, de son côté, ne disait-il pas dernièrement : « L'explication psycho-génétique de certains troubles organiques est-elle beaucoup plus métaphysique ou verbale que son inverse, l'explication toxinique, par exemple, de certains troubles psychiques ? » Ce même auteur se demandait aussi de quel droit tenons-nous compte des symptômes organiques, si l'on refuse toute créance aux symptômes psychiques.

Nous parlions plus haut de la psychanalyse qui, la première, s'est occupée des facteurs moraux comme agent prépondérant dans l'étiologie de certaines affections organiques. Si nous n'admettons pas la justesse de la doctrine psychanalytique dans son ensemble, nous y voyons tout au moins un effort tenté et quelquefois couronné de succès, pour s'évader des doctrines matérialistes et des théories anatomopathologiques trop strictes et trop à sens unique.

Si nous ne voyons, en effet, dans la psychanalyse, qu'un point de départ, un tremplin, c'est que de leur côté, les psychanalystes sont tombés dans l'erreur inverse. Jusqu'à présent, imbuë d'une doctrine qui a régné depuis plusieurs siècles sur le monde intellectuel, la science a admis la dualité du corps et de l'âme, a donné la primauté à la matière, a séparé le quantitatif du qualitatif, parce que celui-là était d'une étude plus facile que celui-ci; mais il serait aussi dangereux, par simple réaction, de ne considérer à son tour que le spirituel, le qualitatif, et de négliger le quantitatif. Il ne doit pas plus y

avoir de primauté de la psychologie que de primauté de la physiologie. Il serait aussi néfaste de réduire l'homme à un simple principe spirituel, de le considérer uniquement sous son aspect mental, que d'en faire un être uniquement physiologique et de ne le voir que sous son aspect physico-chimique. La psychanalyse considérée sous cet angle est donc une doctrine aussi peu juste que pouvait l'être le principe mécaniste. Elle tend à faire prédominer le spirituel. C'est une erreur dans l'autre sens, dans laquelle il est aussi important de ne pas tomber.

Il semble, malgré tout, que l'idée commence à faire son chemin. On commence à s'apercevoir de la part qui revient aux processus mentaux dans la genèse des maladies organiques. Une ère nouvelle s'ouvrira-t-elle, ère « des troubles fonctionnels et vaso-moteurs, pont naturel entre l'organisme et le psychique », comme l'appelle COLOMBAN ? Certains esprits semblent entrevoir les possibilités immenses que fournirait une telle étude.

Il y a déjà quelques années, Félix DEUTSCH disait « une révision de nos conceptions actuelles au sujet du rapport entre le psychique et l'organique est devenue nécessaire. Quand les possibilités d'investigation d'une science subissent une stagnation, il faut qu'elle trouve des influences vivifiantes au delà de ses propres limites. Elle les cherche dans les sciences voisines qu'elle avait dédaignées tant qu'elles ne lui avaient pas été d'une nécessité vitale. Je crois pouvoir parler au nom de la médecine interne. Par le laboratoire et des méthodes d'investigation, elle est, en sa recherche de l'essence organique de chaque maladie, devenue relativement indépendante de la maladie : nous voulons dire qu'elle a « oublié l'homme », c'est-à-dire « l'ensemble de sa personnalité ». Et l'auteur souhaite que se développe cette « nouvelle tendance scientifique » à laquelle il donne le nom de psychobiologie.

CHAPITRE PREMIER

ROLE DU MORAL COMME FACTEUR ETIOLOGIQUE DANS L'APPARITION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

L'étude du rôle que peut jouer le moral dans l'éclosion de la bacillose est en tout point tentante. Elle satisfait l'esprit, mais peut-être, justement, le satisfait-elle un peu trop. En effet, on retrouve chez tout le monde ce sentiment plus ou moins conscient du rôle du moral. Il suffit pour cela d'entendre les malades et surtout l'entourage des malades : « Il ne va pas trop mal, mais son moral est bien bas », « c'est son moral qui ne va pas », « j'ai peur qu'il ne supporte pas la cure sanatoriale, car son moral est très mauvais ». :

Cette importance semble, aujourd'hui, reconnue de tous les médecins. Aucun ne met plus en doute le rôle important du facteur moral. On sait, on se rend compte, on admet que cette influence existe, mais on n'en fait pas le cas qu'on devrait en faire. Cette question semble admise une fois pour toutes, et l'on ne cherche pas à approfondir. « Elle n'est en quelque sorte acceptée le plus souvent, écrit BRAUN, que comme une clause de style. »

Et pourtant, cette importance du facteur affectif n'est certes pas une idée nouvelle. Il est intéressant de noter que déjà DESCARTES, dans une lettre à la Princesse Elisabeth, datée de 1648, entrevoyait le problème et écrivait : « Etant né d'une mère qui mourut peu de jours après ma naissance d'un mal

de poumon causé par quelques déplaisirs, j'avais hérité d'elle une toux sèche et une couleur pâle que j'ai gardées jusqu'à l'âge de plus de vingt ans et qui faisaient que tous les médecins qui m'ont vu avant ce temps-là me condamnaient à mourir jeune. Mais je crois que l'inclinaison que j'ai toujours eue à regarder les choses qui se présentaient du biais qui me les pouvait rendre les plus agréables, et à faire que mon principal contentement ne dépendit que de moi seul, est cause que cette indisposition qui m'était comme naturelle s'est peu à peu entièrement passée. »

En 1760, AUENBRÜGGER invoquait les causes occasionnelles les plus diverses, telles que la nostalgie (*Heimweh*).

En 1783, c'est l'ouvrage de BAUMES : « De la phtisie pulmonaire », ouvrage couronné sur la question suivante : déterminer quels sont les signes qui annoncent une disposition à la phtisie pulmonaire et quels sont les moyens d'en prévenir l'invasion ou d'en arrêter les progrès.

Est-il besoin de rappeler les paroles de LAËNNEC sur les causes occasionnelles de la phtisie pulmonaire ? « Parmi les causes occasionnelles de la phtisie pulmonaire, je n'en connais pas de plus certaines que les passions tristes, surtout quand elles sont profondes et de longue durée. C'est peut-être à cette raison seule qu'il faut attribuer l'importance plus grande de la phtisie pulmonaire dans les grandes villes; les hommes y ayant des rapports plus nombreux entre eux y ont, par cela même, des causes de chagrin plus fréquentes et plus profondes : les mauvaises mœurs et la mauvaise conduite en tout genre y étant plus communes sont la cause de regrets amers qu'aucune consolation et que le temps même ne peuvent adoucir. »

De nos jours, la question a été reprise et le rôle du facteur moral, des influences psychosociales a été étudié par DAREMBERG, PAPILLON, JANOWSKY, COULAUD. Mais ces derniers auteurs ont eu surtout en vue les rapports du psychisme avec la tuberculose déjà installée.

La question du facteur moral dans son rôle étiologique a

été étudiée récemment par LÉON BERNARD, RIST, HAUTEFEUILLE, BEZANÇON, DUMAREST.

Puis, c'est COLOMBAN qui dit : « C'est ainsi que certains individus commencent leur tuberculose à la suite d'événements plus ou moins inaperçus de l'entourage, qui leur ont peu à peu ôté le goût de la vie et de l'action. Le plus souvent, ce sont des sujets dominés par certains conflits moraux : jalousie familiale, haines inavouées envers certains parents, tendresse déçue, etc. »

C'est DUMAREST qui ajoute : « Il faut donc l'admettre : les chagrins, les soucis et, d'une façon générale, tous les états moraux dépressifs, exercent une influence néfaste sur la genèse et l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Fille du surmenage et de la misère physique, la tuberculose est fille aussi de la misère morale. »

C'est Paul BRAUN et Jeanine FREY RAGU écrivant : « Dans l'immense majorité des cas, l'éclatement de la tuberculose pulmonaire ou ce qui revient au même, l'apparition du premier incident, résulte d'un ensemble de facteurs étiologiques parmi lesquels on trouve d'une façon à peu près constante le facteur moral. »

Cette étude n'a pas d'autre but que d'essayer de persuader qu'il y aurait un intérêt capital à donner au facteur moral dans la genèse de la tuberculose pulmonaire, la place importante qu'elle doit avoir, et à ne pas négliger la part qui revient au psychisme dans une maladie organique telle que la bacillose. Puisque tant d'auteurs sont d'accord pour signaler le facteur moral comme facteur important de déclenchement de la tuberculose pulmonaire, avons-nous le droit de le négliger, et n'est-ce pas faire œuvre utile que d'en préciser le rôle et l'importance ?

★★

Dans son rapport à la Société des médecins d'Hauteville, le Professeur BEZANÇON a remis en question le retentissement du psychique sur l'organique par l'intermédiaire des nerfs vasomoteurs. « Nous sommes loins de l'époque, dit l'auteur, où

l'on croyait que tout se ramenait dans la tuberculose au tubercule miliaire ou à la granulation, à la lésion nodulaire, au granulome témoin du processus d'enveloppement, d'enrobage du parasite par les leucocytes ». Après avoir rappelé l'importance des troubles vaso-moteurs, eux-mêmes sous la dépendance du système nerveux, dans la production de l'œdème pulmonaire et dans le mécanisme neuro-végétatif des lésions déterminées par les embolies pulmonaires, le Professeur BEZANÇON rappelle les travaux de MERKLEN sur le rôle des émotions dans les maladies du cœur : « Nous comprenons, dit-il, qu'il en soit ainsi dans la tuberculose, et qu'à côté de l'importance du chaud, du froid, de l'insolation, on puisse incriminer une étiologie où le facteur moral aura une importance considérable.

Pour mieux comprendre cette action des causes morales sur l'éclosion de la bacillose, il ne nous semble pas inutile de revenir sur le processus pathogénique tuberculeux, discuté, et sur lequel les auteurs ne sont pas tous d'accord.

La contagion fut la première en date des notions pathogéniques. On ne sait pas encore en quoi elle consiste, mais on la devine.

En 1546, FRASCATOR DE VÉRONE considère la tuberculose comme contagieuse et transmissible par l'intermédiaire de « petits corpuscules ».

La notion de contagiosité prend toute son ampleur aux ^{xvi}^e et ^{xvii}^e siècles. L'édit espagnol de Ferdinand VII et l'édit de Naples de Philippe VI en sont les plus brillantes illustrations : sous peine d'amende, de prison ou de bague, en cas de récidive, tout phtisique devait être obligatoirement déclaré. Tous les effets et meubles du malade sont brûlés après sa mort.

Il faut attendre la notion de l'allergie, qui suit de peu la découverte du bacille de Koch pour concevoir l'étiologie de la bacillose sous un autre jour.

Bien qu'aujourd'hui tout le monde soit à peu près d'accord pour dire que la tuberculose pulmonaire de l'adulte n'est

qu'un réveil épisodique de la primo-infection de l'enfance, cette théorie classique ne paraît pas exempte de réserves. Des travaux tout récents montrent que le nombre d'individus atteints dans leur première enfance est beaucoup moindre qu'on ne l'avait cru. Les individus qui réagissent à la tuberculine ne sont pas la presque unanimité.

Quoi qu'il en soit, adulte ou enfant, il semble bien que l'individu soit infecté au moment qu'il rencontre pour la première fois le bacille de Koch.

Ce qui nous intéresse, c'est de savoir comment va se produire la réinfection.

Celle-ci a deux origines : une *exogène*, une *endogène*.

La réinfection d'origine exogène, c'est la contagion, la plus vieille des notions étiologiques de la tuberculose. Comment la tuberculose aura-t-elle prise sur l'individu immunisé par une première atteinte ? Par deux mécanismes essentiels : la densité des bacilles d'une part, la répétition des contages d'autre part.

Sans insister sur la présence ubiquitaire des bacilles qui, selon RIST, doit être considérée comme un mythe, il semble que, comme pour l'éclosion de la primo-infection, le rôle de la quantité des bacilles doive jouer un rôle important. Si les contaminations sont violentes et répétées, l'immunité acquise sera impuissante à protéger l'organisme et on verra alors éclore une tuberculose par surinfection. LÉON BERNARD a insisté sur ce rôle de la quantité des germes qu'il distinguait en sources riches et en sources pauvres : le danger de contamination serait proportionnel à la quantité de germes, les sources riches constituant un danger alors qu'au contraire, les sources pauvres pourraient avoir, dans une certaine mesure, une influence immunisante.

Quant au rôle de la répétition des contages, il est fort discuté. Dans une étude de ces dernières années, KRISTENSEN a montré que, parmi le personnel infirmier de l'Hôpital d'Upsal les cas de tuberculose constatés étaient proportionnels à la durée de l'exposition à la contagion.

Les médecins et étudiants en médecine, groupe où les chances de contagion sont réalisées au maximum, devraient, semble-t-il, payer un lourd tribut à la tuberculose. Or, les résultats ne sont nullement concluants.

Pour certains (PETER, LANCEREAU), ces contagés quotidiens leur conféreraient une certaine immunité.

Pour d'autres (LANDOUZY, MARFAN, JACQUEROD), au contraire il semblerait que la tuberculose éclatât avec une plus grande fréquence dans ce dernier groupe. Seule une statistique d'ensemble pourrait départager les avis. Or, toutes celles qui ont été faites concordent plus ou moins. ARNOULD, après avoir groupé tous les travaux écrits à ce sujet, a essayé de se faire une opinion exacte : il semble qu'à l'heure actuelle, il soit difficile de se faire une idée juste du rôle joué par la contagion dans ce dernier groupe en particulier, et chez les adultes en général.

Nous ne dirons qu'un mot de la tuberculose conjugale, nous réservant d'y revenir plus loin. Là plus qu'ailleurs, les chances de contagion sont développées au maximum, et nous verrons pourtant que son rôle est, en réalité, secondaire.

La réinfection d'origine endogène est, comme son nom l'indique, à point de départ interne. L'organisme, mis en état de moindre résistance, le foyer bacillaire latent constitué dans l'enfance se réveille et permet aux bacilles de disséminer.

Durant de longues années, les phtisiologues ne furent point d'accord pour savoir à laquelle des deux origines, ils devaient donner le plus d'importance. Il semble, d'après les travaux récents, que la surinfection des adultes est, en général, plus le fait d'une origine endogène qu'exogène. C'est à la faveur d'une modification de la résistance organique que se fait le nouvel envahissement. Or, parmi les facteurs capables de modifier le terrain, il n'en est pas de plus important que le facteur moral.

« Nous concevons aujourd'hui, écrivent Paul BRAUN et Jeanine FREY-RAGU, qu'un état émotionnel, un état anormal se produisant dans la sphère psychique puissent, par l'intermé-

diaire des nombreuses connexions qui unissent la sphère cérébrale à la sphère pulmonaire ou à n'importe quelle partie de l'organisme, réveiller en quelque sorte directement la lésion en sommeil en y produisant des phénomènes congestifs fluxionnaires et inflammatoires, voire des modifications trophiques, d'intensité et d'évolution variables. »

Un nouvel argument nous est apporté en faveur de la réinfection d'origine endogène, où les causes secondes jouent un rôle capital, par les travaux du Professeur BEZANÇON et ses élèves.

Nous parlions plus haut du problème de la primo-infection de l'adulte, du nombre décroissant des réactions positives à la tuberculine et de la différence des virages qu'offrent les enfants d'une même famille. Pour BEZANÇON et ses élèves, la primo-infection de l'adulte ne serait qu'apparente. Il s'agirait, en réalité, d'une fausse primo-infection. L'individu aurait bien été contaminé dans son enfance, mais sans donner lieu à aucune réaction anatomo-clinique et sans influencer la réaction à la tuberculine. Il s'agirait d'un « reliquat ultra-minime » qui, à l'occasion d'une cause seconde, portant sur la sphère psychique, produirait des réactions inflammatoires fluxionnaires capables de transformer une réaction à la tuberculine négative en une réaction positive. « Sans doute, écrit BRAUN, on ne peut jamais éliminer complètement, dans ces cas, l'hypothèse d'une contamination nouvelle; mais, dans les cas que nous avons observés, il y avait manifestement une cause seconde extrêmement importante, le plus souvent un surmenage matériel et moral, des conditions psychologiques nouvelles particulièrement pénibles précédant l'accident. Ce facteur a été observé avec certitude et nous a paru beaucoup plus important que le facteur hypothétique d'une contamination nouvelle. »

A la lumière de ces faits, on peut donc dire que, bien souvent chez l'adulte, le virage d'une réaction à la tuberculine jusque-là négative, qu'il soit ou non accompagné d'un phénomène

pathologique bacillaire, peut s'expliquer davantage par le fait de causes secondes, tenant soit à la constitution psychique de l'individu, soit à des conditions sociales nouvelles, que par le fait d'une seconde contamination

Nous comprenons mieux, certes, actuellement, que les troubles d'ordre psychique puissent retentir sur l'organique et réveiller une lésion en sommeil. La conception qu'une maladie organique comme la tuberculose puisse être influencée par des facteurs d'ordre psychologiques, ne heurte plus notre esprit. Ce dernier l'admet sans toutefois la comprendre tout à fait. Nous ignorons presque tout de l'intrication du psychique sur l'organique; il nous est difficile, sinon impossible, d'en étudier les interactions d'une façon précise, mais les faits sont là. Si nous ne pouvons toujours les expliquer, nous les constatons et nous pourrions dire avec BRAUN : « Tout ce que nous savons actuellement du retentissement de la sphère psychique sur les éléments matériels, nous permet d'apporter actuellement des hypothèses en ce qui concerne l'éclatement de la tuberculose. »

Il paraît donc indéniable, aujourd'hui, d'admettre que les reliquats laissés par les premières contaminations contiennent encore des bacilles de Koch en sommeil et que ceux-ci peuvent se réveiller à un moment donné dans un délai variable.

Si les causes secondes sont capables de réagir sur l'organisme à longue échéance, si les causes d'ordre psychique peuvent réveiller une lésion ancienne, ne peut-on concevoir qu'elles peuvent à priori et à plus forte raison retentir sur une lésion jeune. « La cause première, la contamination, et la cause seconde, d'ordre psychique, coexistent parfois; ces cas peuvent rendre compte, en particulier, de la gravité immédiate d'un contage minime, fait en apparence paradoxal, mais qui s'explique si l'on admet l'importance concomitante des facteurs seconds. »

Dès 1930, Paul BRAUN et Jeanine FREY-RAGU notaient :
« Dans plus de 75 % des cas, nous avons pu vérifier que le pre-

mier incident tuberculeux était lié à un ensemble de facteurs parmi lesquels on trouvait toujours d'une façon incontestable un facteur moral important dont l'influence sur l'éclatement de la maladie ne pouvait être mise en doute. »

Dans leur rapport à la Société des Médecins d'Hauteville, ces mêmes auteurs confirmaient leurs résultats et pouvaient dire : « A plusieurs reprises, depuis ce moment (1930), nous avons fait, systématiquement, dans une salle d'hôpital, une enquête serrée et prolongée chez nos malades hommes ou femmes. Dans 90 % des cas, il nous a été facile de trouver dans la sphère psychique, les difficultés sociales, morales ou affectives expliquant l'incident tuberculeux. »

Nous voudrions mettre en parallèle ce dernier chiffre et celui que nous avons personnellement trouvé. Notre statistique ne portera que sur des hommes, notre sanatorium n'étant pas mixte. Mais ce qui est vrai pour le sexe masculin l'est, à plus forte raison, pour le sexe féminin qui, plus que l'autre, a l'occasion de voir son organisme s'affaiblir.

Nous trouvons un chiffre de 52 % où le facteur moral semble avoir joué un rôle important dans l'éclosion de la tuberculose. Sur 81 malades que nous avons interrogés (nous laissons de côté 22 malades dont les réponses ne nous ont pas paru assez précises), 43 nous ont avoué avoir éprouvé des ennuis moraux ayant précédé l'éclatement de leur maladie.

Ces chiffres sont quelque peu inférieurs à ceux de BRAUN. Nous pensons que cette différence peut s'expliquer d'abord, comme nous l'avons dit, du fait que notre enquête a porté seulement sur des hommes, et ensuite que nous n'avons eu affaire qu'à des manuels, peu habitués à l'introspection. Nous sommes persuadé que si notre enquête avait été menée dans un sanatorium de classe moyenne ou dans un sanatorium d'intellectuels, le chiffre eût été bien supérieur à celui de 52 %. Néanmoins, ce chiffre est, malgré tout, assez éloquent et suffirait déjà à ne pas faire mésestimer le rôle du moral comme agent possible de déclenchement de la tuberculose.

Le Professeur BEZANÇON concluait dernièrement, après avoir

insisté sur l'importance des causes secondes capables de retentir sur le système neuro-végétatif : « Ainsi se manifestera une tuberculose non pas accidentelle, comme l'est une fièvre typhoïde, mais comme un état nouveau sur lequel vont se manifester toutes les répercussions de la vie et où jouera une part considérable la constitution, le tempérament de l'individu, son caractère. »

Dans la tuberculose pulmonaire de l'adulte, si l'on s'attache sérieusement à rechercher les causes premières de la maladie, on peut affirmer que, quel que soit le mode d'apparition des premiers symptômes, quelle qu'ait pu être la cause apparente provocatrice du premier incident pathologique, on trouve toujours un retentissement de la sphère psychique sur la sphère organique.

« Des causes morales les plus funestes aux poitrinaires, écrivait BAUMES, en 1783, la tristesse n'est pas la moins meurtrière, parce que le poumon est l'organe le plus souffrant par rapport aux stagnations de sang qu'il éprouve. »

Nous concluons, avec BRAUN, en disant : « Lorsqu'aux différents facteurs étiologiques considérés comme susceptibles de provoquer une tuberculose ne s'ajoutent pas les causes d'ordre moral, les chances de voir éclater, ou de moins évoluer la maladie, se trouvent diminuées.

A. — CAUSES OCCASIONNELLES OU EXTERIEURES

a) Tuberculose conjugale.

Il a fallu des travaux récents pour démontrer que la tuberculose conjugale était beaucoup moins fréquente qu'on ne le supposait jusqu'alors, et qu'elle pouvait même être considérée comme l'exception.

Il semblait, en effet, à priori, que le conjoint d'un tuberculeux, plus que tout autre individu, avait des chances de contracter la maladie, grâce à un contact prolongé et répété. Or, c'est le contraire qui a lieu.

Si nous nous rappelons que la surinfection est le plus souvent d'origine endogène, ces faits s'expliquent et viennent même confirmer l'opinion que nous avons de la genèse de l'infection bacillaire.

« Les conjoints de tuberculeux pulmonaires forment une catégorie d'adultes pour qui sont naturellement réalisées au maximum imaginable l'intimité, la multiplicité et la durée des contacts avec des phthisiques. La proportion des chances de réinfection exogène répétée et abondante, courues par les femmes ou les maris de ces malades est, en quelque sorte, infinie par rapport à celles que courent la généralité des adultes. » (E. ARNOULD).

Normalement, si la réinfection d'origine exogène était la règle, chaque conjoint de tuberculeux devrait contracter une tuberculose au contact du malade.

Or, que voyons-nous ?

Nous ne pouvons que constater, d'après toutes les statistiques et en particulier d'après celle devenue classique d'ARNOULD, portant sur 53.069 ménages de tous pays, que les tuberculoses conjugales sont des raretés. La morbidité tuberculeuse des conjoints tuberculeux atteint, en effet, au taux moyen, le 10 %.

Il faut donc bien, en toute logique, admettre un autre facteur que la contagion. Et nous n'aurons aucun mal à incriminer le facteur moral ou socio-moral.

Ce qui nous intéresse, en effet, c'est de savoir dans quelles conditions sont devenus tuberculeux le faible pourcentage de 10 % constituant le total des tuberculoses conjugales

Or, l'étude des faits confirme cette opinion de l'origine endogène des tuberculoses conjugales apparues à l'occasion d'un trouble d'ordre moral. Il est, à l'heure actuelle, reconnu que « dans la majorité des cas, la tuberculose du conjoint contaminé n'apparaît qu'après la cessation du contact avec le conjoint contaminateur. » (RIST).

Outre les conditions sociales, le changement de vie, les soucis matériels qui, souvent, prennent une importance primordiale après la mort d'un des conjoints, RIST, avec juste raison, insiste « sur le mobile psychologique le plus simple, mais aussi le plus important et qui est le « chagrin »... le plus douloureux, continue l'auteur, et le plus sincère, n'est pas d'ordinaire celui qui se dépense en paroles. Mais plus il est discret et pudique, et plus il ronge en profondeur. Le chagrin tenace, obsédant, dissolvant, empêche le sommeil et supprime l'appétit. Il relâche le tonus du système nerveux qui est indispensable au fonctionnement normal de nos organes. »

Nous sommes donc témoins de ce fait, en apparence paradoxal, que ce n'est pas au moment où le conjoint d'un tuberculeux a toutes les chances de devenir tuberculeux à son tour qu'il tombe malade.

On est donc bien obligé d'admettre que ce sont les causes morales qui déclenchent, dans la majorité des cas, le processus bacillaire.

Il y a quelques années, dans une étude devenue classique, RIST et HAUTEFEUILLE ont étudié 31 cas de tuberculose conjugale.

Sur 31 cas, les auteurs ont distingué :

16 cas où le contaminateur est décédé.

15 cas où il n'y a pas eu de décès.

Parmi les 16 premiers cas, tous les conjoints sont devenus tuberculeux « après » le décès du contaminateur, sauf dans deux cas seulement où la tuberculose du conjoint survivant a précédé le décès du contaminateur; mais dans ces deux derniers cas, le contact avait pratiquement cessé depuis de nombreux mois.

Le tableau suivant résumera le laps de temps écoulé entre la mort du conjoint et l'apparition des premiers symptômes chez le survivant :

- 3 cas 16, 6 et 5 ans après le décès du contaminateur
- 1 cas 2 ans après
- 5 cas 1 an après
- 1 cas 5 mois après
- 1 cas 4 mois après
- 2 cas 2 mois après
- 1 cas 1 mois après
- 2 cas où la tuberculose a précédé la mort du conjoint,
mais après cessation du contact depuis 10 mois.

Si nous éliminons les deux derniers cas, nous voyons que dix fois sur seize, la tuberculose est apparue dans l'année même qui a suivi le décès.

Parmi les quinze autres cas, où il n'y a pas eu de décès du contaminateur, la tuberculose est apparue :

- Dans 8 cas pendant que le contact persistait encore.
- Dans 1 cas pendant un contact intermittent.
- Dans 4 cas 2 à 3 mois après cessation du contact.
- Dans 1 cas 1 an après cessation du contact.
- Dans 1 cas 18 mois après cessation du contact.

Qu'on nous permette, maintenant, de citer les chiffres de notre enquête personnelle.

Nous avons examiné 11 cas de tuberculose conjugale.

Dans 7 cas, il y a eu décès du contaminateur.

Dans 1 cas, le décès fut postérieur au début de la maladie du contaminé.

Dans 3 cas, il n'y a pas eu de décès

Temps écoulé entre la mort du conjoint et l'apparition des premiers symptômes chez le survivant :

1 cas 4 ans après le décès du contaminateur.

3 cas 2 ans à 2 ans et demi après.

1 cas 3 mois après.

1 cas 2 mois après.

1 cas 1 mois après.

C'est dire que dans 6 cas sur 7, la tuberculose est apparue dans les deux années qui ont suivi le décès du contaminateur.

Parmi les 3 autres cas, où il n'y a pas eu de décès, la tuberculose est apparue :

Dans 2 cas 3 ans après la cessation de contact.

Dans 1 cas pendant que le contact subsistait encore.

Nos chiffres concordent donc avec ceux de RIST et HAUTE-FEUILLE, malgré le nombre plus modeste de nos observations.

Tous les auteurs reconnaissent aujourd'hui que le chagrin, les soucis, la dislocation du foyer familial, les soucis matériels qu'entraîne souvent la disparition du mari en supprimant le gagne-pain, sont les causes principales de réinfection du conjoint d'un tuberculeux. Certains auteurs se sont même demandés si ces facteurs moraux n'influenceraient pas davantage les femmes que les hommes. « La femme, comme le dit RIST, moins défendue contre les crises économiques, plus sensible au chagrin et au souci, est particulièrement exposée à l'action prédisposante de ces facteurs sociaux et psychologiques. »

Or, la statistique de WEINBERG, s'échelonnant sur dix années pour la ville de Stuttgart, montre une importante différence existant entre la mortalité tuberculeuse des veufs de tuberculeuses et celle des veuves de tuberculeux. La mortalité des premiers ne l'emporterait que de 75 % sur celle des autres hommes, tandis que la mortalité des secondes atteint 150 % de celle des autres femmes.

La nature étiologique de la tuberculose pulmonaire en général s'éclaire à la lumière de ce qu'on voit se passer dans la tuberculose conjugale. Ce qui est vrai pour un cas particulier l'est à plus forte raison pour un cas général. Nous pourrions dire, avec ARNOULD : « Si les réinfections exogènes jouent un

rôle restreint à l'égard de la tuberculose observée chez les conjoints de tuberculeux, à plus forte raison ne tiennent-elles point une place notable dans l'étiologie de la tuberculose des autres adultes. »

OBS. N° 1. — M. G..., 38 ans.

Entre au sanatorium de l'A. M. M. le 6 août 1937, avec le diagnostic de lésions excavées scissurales droites, infiltration linéaire scissurale gauche. Examen de crachats positif (Gafky VII).

On ne note aucun antécédent bacillaire.

La maladie a débuté en mars 1937 par de l'asthénie, de l'amalgissement, de l'inaipétence. Puis la toux, les expectorations ont fait leur apparition.

On apprend que le malade a perdu sa femme de tuberculose pulmonaire en juillet 1935.

Tombée malade en 1932, son état est jugé par le médecin incompatible avec une cure sanatoriale. Elle reste donc chez elle et son mari cohabite avec elle jusqu'à sa mort, c'est-à-dire pendant plus de deux ans et demi. Dès le début, l'issue fatale à redouter n'a pas été cachée au mari.

Les derniers six mois furent particulièrement pénibles : le mari fait l'infirmier, se lève la nuit, fait des piqûres à sa femme. Il continue en outre de travailler et même de travailler davantage.

Son calvaire prend fin en juillet 1935, mais un autre commence.

La mort de sa femme a affecté énormément notre malade.

Il ne peut se résigner à la perte de sa compagne. Il éprouve « un dégoût complet de tout » et n'étaient ses deux enfants, il mettrait fin à ses jours. Il ne veut voir personne. La moindre visite l'énerve; il ne veut même pas recevoir ses parents. Habitant dans la même maison qu'eux, il mange seul à son étage, refusant de prendre aucun repas en commun et cela pendant deux ans et demi. Il se ronge de chagrin, il vit seul, replié sur lui-même, incapable de fixer son esprit sur quoi que ce soit. Il est anéanti par sa douleur.

En résumé, voilà l'histoire d'un homme qui, deux ans et demi après la mort de sa femme, après avoir éprouvé un immense chagrin, fait à son tour un épisode bacillaire.

OBS. N° 2. — M. D..., 51 ans, employé de chemins de fer.

Voit sa tuberculose débiter en avril 1937 par les signes classiques de l'imprégnation bacillaire.

Le malade nous apprend qu'il a perdu sa femme le 18 mars 1935 de tuberculose pulmonaire.

Cette dernière fut emportée en six mois. Pendant tout ce temps elle habite avec son mari. Ils partagent le même lit pendant trois mois.

En rentrant de son travail le mari est obligé de soigner sa femme. Il se lève jusqu'à cinq fois par nuit. De plus on peut noter que le 17 octobre 1936 il perd son fils âgé de 9 ans de « phtisie galopante ».

En résumé, voilà l'histoire d'un homme qui cohabite six mois avec sa femme tuberculeuse, qui se fatigue à la soigner.

Sa femme meurt en mars 1935.

Un an après, son fils est emporté en un mois.

En janvier 1937, soit deux ans après la mort de sa femme, le malade éprouve à son tour les premiers symptômes d'une tuberculose.

OBS. N° 3. — M. C..., 29 ans.

Tombe malade en juillet 1936. Début brutal par hémoptysie très abondante. Bacilloscopie positive.

Sa femme fait une pleurésie en mai 1935. Un examen de crachats pratiqué à ce moment révèle la présence de nombreux bacilles de Koch. De juin à septembre 1935, elle va se reposer à Grasse. Mais elle revient chez elle en janvier 1936 après avoir fait une nouvelle évolution. Cette évolution se termine par une issue fatale le 26 avril 1936.

De janvier 1936 au 26 avril, le contact a été permanent.

Le malade assiste sa femme jusqu'au dernier moment. Il la soigne. Après sa mort, gros chagrin.

En résumé, apparition d'une tuberculose évolutive chez un homme de 29 ans, trois mois après la mort de sa femme, après un contact permanent de quatre mois.

OBS. N° 4. — M. D..., 31 ans.

Tombe malade en avril 1937. La tuberculose fait son apparition à la suite d'un épisode grippal pour lequel une analyse de crachats est pratiquée : nombreux B. K.

Marié en mars 1930, sa femme tombe malade en mai 1932 : épisode pulmonaire non diagnostiqué bacillose. Elle reste fragile pen-

dant un an. Aucun incident à signaler jusqu'en octobre 1936. A cette date, évolution bacillaire confirmée par un examen radiographique mais sans bacilloscopie. La malade meurt le 2 février 1937.

Le contact avec son mari a été permanent pendant 7 ans et n'a jamais été interrompu. On peut noter que pendant la maladie de sa femme, notre malade a été soumis à un surcroît de travail, que du point de vue moral, il savait, renseigné par le médecin traitant, qu'une issue fatale était à redouter. La mort de sa femme l'a profondément affecté.

En résumé : tuberculose évolutive apparaissant chez un homme de 31 ans, après deux mois de cessation de contact. Contact permanent pendant toute la maladie de la conjointe. Celle-ci meurt le 2 février 1937. Au début d'avril, soit deux mois après, le mari, à son tour, devient tuberculeux.

OBS. N° 5. — M. L..., 46 ans.

Tombe malade le 26 mai 1937. Début brusque par hémoptysie. Bacilloscopie positive.

Marié en 1919. En mai 1927 sa femme fait une congestion pulmonaire. En réalité, dès ce moment, un examen radiologique pratiqué montre des lésions tuberculeuses bilatérales. Les expectorations sont positives.

Une cure sanatoriale étant refusée par la malade, celle-ci reste chez elle.

L'évolution de la maladie se poursuit inexorablement. Pendant dix ans elle trainera ainsi chez elle, obligée de s'aliter à certaines périodes. Peu à peu les forces l'abandonnent et elle s'alite définitivement pour mourir le 5 mai 1937.

Pendant ces dix années, le contact entre les époux n'a jamais été rompu.

Le mari continue de travailler et, dans les derniers mois, est obligé de soigner sa femme.

Il n'a jamais ressenti aucun trouble. Ce n'est que le 20 mai 1937 qu'il fait l'épisode hémoptoïque qui lui révèle sa maladie.

En résumé : apparition brusque par hémoptysie d'une tuberculose évolutive chez un homme de 46 ans, 20 jours après la mort de sa femme.

OBS. N° 6. — M. L...

Voit sa maladie débiter brusquement le 28 février 1938 par une hémoptysie. Antécédents personnels et familiaux normaux.

Marié en 1928, sa femme tombe malade en 1931. Depuis cette date, les bacilloscopies répétées seront toujours positives jusqu'à sa mort, en octobre 1934. Pendant les trois ans de maladie, le contact ne sera pas rompu entre les époux, sauf pendant deux intervalles de trois mois durant lesquels la femme est hospitalisée à l'hôpital de Saint-Denis.

En résumé : apparition d'une tuberculose évolutive chez un homme de 34 ans, après 4 années de veuvage.

b) Chagrins.

Il nous faut encore citer LAËNNEC : « Presque toutes les personnes que j'ai vues devenir phtisiques, quoiqu'elles ne paraissent pas prédisposées à cette maladie par leur constitution, paraissent également devoir l'origine de leur maladie à des chagrins profonds et de longue durée. »

RIST a écrit : « Le chagrin exerce sur la santé générale une action déprimante bien connue des psychiatres... mais le chagrin le plus normal et le plus légitime est tout aussi capable de la déterminer... il n'est pas douteux qu'ils (les chagrins) ne puissent aussi contribuer à faire naître et à rendre manifeste une tuberculose qui, sans cet appoint émotionnel, serait restée indéfiniment latente et inactive. »

Qu'il s'agisse d'un chagrin par la perte d'un être cher ou de ce qu'il est convenu d'appeler un chagrin d'amour, l'un et l'autre peuvent, à une certaine époque de l'existence, retentir d'une façon assez forte sur l'organisme pour que ce trouble d'origine psychique ait un retentissement sur la sphère physique.

Ne soyons donc pas trop sceptique et ne sourions pas, comme on pourrait être tenté de le faire, et reconnaissons la part immense que peut avoir un chagrin sur le déséquilibre de l'organisme et partant dans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire.

OBS. N° 7. — M. de K..., employé de bureau, 26 ans.

Entre au sanatorium de l'A. M. M. le 21 avril 1936. Assez bon état général, toussé et crache très peu. Les expectorations sont négatives à l'homogénéisation à son entrée. Elles étaient encore homo + un mois auparavant.

D'un premier interrogatoire on apprend que la maladie a eu un début brusque par un crachat sanglant en décembre 1935. Le malade continue de travailler jusqu'en février 1936 sans aucun incident. A ce moment il fait un épisode d'abord étiqueté grippe, à la suite duquel on fait une analyse de crachats qui se révèle positive.

Extrêmement nerveux, il avoue que chez lui les ennuis ont toujours eu un très grand retentissement moral. Emotif, sensible, assez lymphatique et réagissant peu, il est affecté très facilement par ce qu'il est convenu d'appeler les tracasseries de la vie courante.

Nous ajouterons qu'il a été soumis comme tant d'autres, à des retournements de situation et des revers de fortune. Habitué à une vie relativement aisée, il se trouve du jour au lendemain dans une situation plutôt difficile. Son père, médecin radiologue, meurt en 1922, victime des rayons X. A partir de ce moment, la situation sociale de la famille change du tout au tout.

En 1922, le malade a 12 ans. A ce moment il subit une crise de croissance particulièrement rapide, qui affecte son état général et particulièrement son affectivité et son équilibre nerveux. Il doit à plusieurs reprises interrompre pendant des périodes variables ses études.

En 1927, pneumonie accompagnée de pleurite. Après un mois et demi, le malade va à l'altitude faire des sports d'hiver, d'où il revient en excellente santé. Un an de lycée et baccalauréat. Le malade trouve alors une place de secrétaire.

Puis le malade entre chez Renault où il fait un travail de bureau, mais ce travail, quoique peu fatigant physiquement, le fatigue moralement ; les menues obligations quotidiennes, les frottements inévitables avec ses chefs hiérarchiques l'affectent outre mesure. Il perd l'appétit, il dort très mal si bien qu'il se voit obligé à nouveau d'interrompre son travail. Réactions vaso-motrices très intenses, mains toujours moites, transpiration très abondante.

D'octobre 1930 à octobre 1931, service militaire qui se passe normalement. A sa sortie du régiment, le malade reprend son travail et mène une vie normale sans aucun incident.

En novembre 1934, un de ses frères devient bacillaire. C'est alors que se place l'incident sur lequel nous voudrions insister : incident d'ordre sentimental.

Depuis de nombreuses années, ce jeune homme connaissait une

jeune fille avec laquelle il était officieusement fiancé. Ils s'aimaient et il était convenu entre eux, depuis longtemps déjà, qu'ils se marieraient un jour.

En juillet 1934, cette jeune fille fait une péritonite par perforation appendiculaire, qui met ses jours en danger. Pendant plusieurs mois le pronostic reste réservé. Notre malade, à ce moment est particulièrement affecté. En plus du chagrin de voir sa fiancée presque mourante, s'ajoutent les fatigues morales et physiques des alternatives particulièrement pénibles des heures d'espoir et de désespoir auquel est soumis l'entourage de la malade. Il ne dort plus, mange très peu, excitable pour un rien, il maigrit. Cette épreuve dure quatre mois après quoi la jeune fille se rétablit. Mais il lui reste une fistule de l'hypocondre droit. En fin d'année 1934, les fiançailles sont officielles.

En mars 1935, perte d'une grand'mère que le malade aimait beaucoup.

En avril 1935, brusquement, sans que rien ne l'ait fait prévoir, la jeune fille meurt.

Le malade lui-même a quelque mal à raconter son chagrin. « Il lui semble vivre en rêve. »

Très forte dépression nerveuse et physique, le malade « ne se soutient que par les nerfs ». Il n'arrive pas à réagir. Sans vouloir se complaire à son chagrin, son malheur occupe toutes ses pensées et il ne peut retrouver son équilibre nerveux normal. Ses nuits sont des nuits d'insomnie tenace et continuelle, son appétit est réduit au minimum, le malade se sent très fatigué...

Il vit donc dans cet état plusieurs mois, absolument effondré par son chagrin, n'arrivant pas à réagir et n'ayant à longueur de journée qu'une idée, qu'une pensée : la mort de sa fiancée.

Il retravaille néanmoins et en décembre 1935 nous arrivons à l'épisode dont nous avons fait mention au début : l'hémoptysie.

OBS. N° 8. — M. C..., 43 ans.

Entre au sanatorium le 20 octobre 1927. On fait le diagnostic de tractus linéaires inter-cléido-hilaires bilatéraux. Bon état général. B.K. 0.

La maladie a débuté en juillet 1937 par un point douloureux dorsal droit. Hospitalisé à ce moment à Saint-Louis pour eczéma, il demande à ce qu'on lui fasse une radio pulmonaire.

On apprend alors que sa femme, malade depuis plus de dix ans, est décédée le 16 novembre 1936 de dilatation des bronches.

Le décès de sa femme suivait de trois semaines celui de sa fille unique, âgée de 15 ans, emportée en trois jours d'une phlegmon du pharynx.

Voilà donc notre malade seul du jour au lendemain.

Ces deux décès, se suivant à trois semaines d'intervalle, l'ont affecté profondément. A la suite de ces deux deuils, le malade ne mange plus ; il maigrit de plusieurs kilogs. Il travaille pourtant. Mais il est aisé de s'imaginer l'atmosphère morale dans laquelle il vit. Rentré chez lui après son travail, il trouve une maison vide qui lui rappelle constamment les êtres chers qu'il a perdus. Il est de plus obligé de faire son ménage et sa cuisine.

Si, chez ce malade, on n'a pu trouver de B.K., l'image radiologique est assez nette par elle-même pour déceler une tuberculose pulmonaire à son début.

Voilà donc l'histoire d'un homme qui, en trois semaines de temps, perd successivement et sa fille et sa femme. Un an après ces deux décès il ressent les premiers symptômes d'une tuberculose pulmonaire.

c) Ennuis de famille, ennuis professionnels.

Nous pensons qu'il faille insister sur les répercussions morales que peuvent avoir les conditions de vie en général. L'organisme ne peut trouver son plein équilibre que lorsque les conditions de vie lui apportent le calme moral nécessaire à son bon fonctionnement. Ce n'est pas impunément qu'un être vivra dans une atmosphère familiale troublée, où il sera contraint à des discussions sans fin, voire à des disputes. N'est-ce pas DUHAMEL qui a parlé des « querelles de familles » ? C'est en effet, au sein de la famille, que l'individu peut le mieux trouver les éléments qui le déséquilibreront psychiquement. La toxicité du milieu familial peut, dans certains cas, acquérir une virulence extraordinaire. Les heurts familiaux se répétant quotidiennement, l'individu n'arrive pas à s'échapper de l'emprise morale qui l'étreint. Il ne trouve plus le repos compensateur nécessaire.

Le choix du métier n'est pas non plus négligeable. Exer-

cer un métier que l'on aime, accepter de plein gré les ennuis professionnels, trouver dans sa profession des satisfactions morales qui compensent largement les ennuis qu'elle peut donner, n'est-ce point là un état moral bien différent de celui dans lequel se trouve l'homme qui subit son métier, qui le fait sans goût, sans enthousiasme, sans ce « je ne sais quoi » qui soulève l'âme et ennoblit tout travail.

Le plus souvent, l'homme accepte son métier parce qu'il faut bien vivre. Ce qui était un moyen devient une fin. Insensiblement et sans qu'il s'en aperçoive, le but pour lequel il travaille, perd de sa netteté; il ne voit plus que le travail en lui-même et non plus ce qu'il peut apporter de joie, de satisfaction et de réconfort. Il est pris, enchaîné, noyé dans une mer de préoccupations et d'ennuis. Le travail finit par ne plus devenir l'accomplissement normal de la tâche quotidienne, mais une lutte continuelle contre les ennuis professionnels.

De même certains métiers, qui, à première vue, semblent devoir s'exercer facilement et dans de bonnes conditions morales, seront plus tuberculigènes, même exercés dans des conditions d'hygiène meilleures, parce qu'ils nécessitent une attention plus soutenue, qu'ils mettent en jeu des qualités purement morales, qu'ils créent une responsabilité plus grande et entretiennent, de ce fait, un état d'anxiété ou de déséquilibre moral qui sera favorable à l'éclosion de la maladie.

OBS. N° 9. — M. P..., 24 ans, ingénieur.

Entre au sanatorium le 23 mars 1937, il est porteur d'un pneumothorax droit créé à Laënnec en janvier 1937, les expectorations sont bacillifères; bon état général, il tousse et crache.

La maladie a débuté brusquement le 3 janvier 1937 par une hémoptysie accompagnée d'une élévation brusque de température. Hospitalisé à Laënnec, on crée le pneumo droit mentionné ci-dessus (le 28 janvier).

Jusqu'à ce moment le malade n'avait éprouvé aucun trouble. Pas de signes d'imprégnation bacillaire. Aucune fatigue. On note simplement en octobre 1936 une grippe.

Si l'on pousse l'anamnèse un peu à fond, on apprend alors que durant les quatre mois qui ont précédé l'hémoptysie, le malade a

reçu des chocs moraux assez importants qui ont influencé de façon certaine son moral.

En juillet 1936, ce jeune homme est fiancé. Tout semble marcher à souhait, les jeunes gens se plaisent et les familles sont d'accord. Brusquement, la mère de la jeune fille fait des difficultés, difficultés d'ordre pécuniaire.

Après quelques entrevues, tout semble à nouveau s'arranger. En octobre, nouvelles difficultés suscitées toujours par la mère de la fiancée. Cette fois, les parents du jeune homme se fâchent et veulent rompre tous pourparlers. Les jeunes sont pourtant d'accord et décident de passer outre. Cependant, à quelque temps de là, une discussion survient entre les fiancés et notre malade décide de tout rompre... Mais les choses s'arrangent.

La cérémonie a lieu le 31 décembre 1936 et le 3 janvier notre malade fait son hémoptysie.

Ce jeune homme est un garçon équilibré sans aucun signe particulier d'anxiété, d'émotivité ou d'exagération de sa sensibilité. Ce n'est en aucune façon un névropathe.

Toutes ces difficultés, toutes ces discussions, tous ces atermoiements ont pourtant eu raison de son équilibre moral. Au chagrin que lui causait la perspective de perdre sa fiancée vient s'ajouter les vexations de la future belle-mère. Ce garçon lutte pour son bonheur. C'est sans cesse qu'il lui faut discuter tantôt avec sa future belle-mère tantôt avec sa famille et ceci pendant plus de trois mois. Tout semble s'arranger quand brusquement tout est à recommencer. Ne pourra-t-on pas le laisser tranquille, le laisser faire sa vie comme il l'entend. Tous les jours ce sont des discussions sans fin qui usent son équilibre moral.

En résumé, voilà un jeune homme qui, jusqu'à l'épisode qui lui fait découvrir son mal, ne présentait aucun symptôme d'impregnation bacillaire. Seule la fatigue morale des derniers mois peut être mise en cause. Il semble se bien porter. Il se marie. Trois jours après, il fait une hémoptysie.

OBS. N° 10. — M. T..., 36 ans.

Entre au sanatorium le 4 décembre 1936 avec un pneumo gauche créé le 6 avril 1936 sur une cavité rétro-claviculaire gauche; et une petite ulcération du sommet droit avec infiltration nodulaire. Expectoration bacillifère.

On retrouve dans ses antécédents des cas de tuberculose pulmonaire. La maladie a débuté le 15 septembre 1934 par une douleur au niveau de la clavicule droite. Le 16, la température est à 38°, le

malade tousse. Le médecin consulté diagnostique une « forte bronchite », alité 10 jours. Il reprend son travail après ce court repos. Mais le malade angoissé est persuadé « qu'il a quelque chose au poumon ».

Jusqu'en juin 1935, date à laquelle le diagnostic de tuberculose pulmonaire sera porté, le malade travaille par intermittence. Pendant les périodes de repos, il se fait examiner chaque fois, sans pourtant que le diagnostic véritable soit posé.

Psychisme normal, en dehors d'une impressionnabilité et d'une émotivité peut-être exagérées, mais on ne peut noter aucun trouble névropathique. Or, le malade insiste lui-même sur la part que le moral a pu jouer dans l'éclosion de sa tuberculose.

Destiné d'abord à l'agriculture, il quitte celle-ci en 1923. A cette date, il commence un nouveau métier : boursier.

En 1926, sa situation lui permet de se marier; il a deux enfants, l'un en 1930, l'autre en 1934.

Tout va bien jusqu'à cette date. Lorsqu'en janvier, il perd sa situation du jour au lendemain et voit son gain diminuer des deux tiers.

Dès ce moment, datent les ennuis qui, au dire même du malade, ont influé sur sa maladie.

Voir du jour au lendemain sa situation diminuée des deux tiers ne laisse pas notre malade indifférent. Conscient des responsabilités qui lui incombent pour entretenir sa famille il commence une « crise de cafard ». Subitement le voilà obligé de réduire son train de vie à un degré extrême. Notre malade éprouve alors une très forte dépression nerveuse. Il se confîne dans ses soucis, déprimé physiquement et moralement, il n'a plus la force de réagir. Il pense constamment aux siens, à la vie étriquée qui est maintenant leur lot. Il se demande même avec angoisse, s'il sera capable de leur maintenir ce train de vie qui, pour si modeste qu'il soit, n'est quand même pas la misère. L'avenir l'inquiète, il ne voit pas de solution pour améliorer sa situation. Les jours qui viennent lui apparaissent sombres et sans espoir de changement.

Depuis janvier 1934, notre malade sè débat donc au milieu de difficultés pécuniaires sans cesse accrues. Il doit penser au présent, il pense aussi à l'avenir. Déprimé, abattu, c'est à ce moment, en septembre 1934, qu'apparaissent les symptômes qui à juste titre peuvent être considérés comme les premières manifestations de sa tuberculose.

OBS. N° 11. — M. Z..., 41 ans.

Entre au sanatorium le 30 juillet 1937. Diagnostic : lésion excavée du lobe supérieur gauche, ombres cicatricielles du sommet

droit. Les analyses sont fortement bacillifères à l'examen direct.

Le malade a vu débiter insidieusement sa maladie par les signes classiques de l'imprégnation bacillaire.

Malgré son état asthénique, il continue de travailler et ne consultera qu'en juin 1936.

Il part alors en Auvergne en cure libre jusqu'en mars 1937. En juillet 1937 une radiographie décide de son envoi au sanatorium.

Sans que nous le lui demandions, le malade avoue lui-même : « j'ai l'impression que le facteur moral a été pour beaucoup dans le début de ma maladie ».

En lui faisant préciser sa pensée, on apprend alors ceci : depuis octobre 1934, cet homme, marié, père d'une fillette de dix ans, vit avec son père. Or, ce dernier se révèle comme un véritable tyran. Malgré l'âge plus que de raison de son fils, il entend gouverner la maison. Il n'admet pas que son fils ait d'autres principes d'existence que les siens et estime que la petite fille lui appartient et qu'elle doit être élevée selon ses méthodes, à lui.

Le malade est un hypersensible, très émotif, un rien l'abat ; en outre, il est très coléreux.

Il avoue donc que du jour où son père est venu habiter chez lui, a commencé une existence des plus pénibles. Ce n'était que discussions sans fin, voire même des disputes journalières qui se terminaient généralement par la retraite du malade. Maîtrisant sa colère et ne voulant pas se laisser aller à un mouvement involontaire, à une parole malheureuse et définitive vis-à-vis de son père, notre malade cédait toujours.

C'était, dit-il, des « explosions » de colère continuelles que j'étais obligé de réprimer.

Avant donc que le malade ait ressenti les premiers symptômes de son mal, il vit plus d'un an cette existence de fièvre. Il est soumis quotidiennement à des dépressions suivies de phases d'excitation, de colère ; de plus, il sert de « tampon » entre sa femme et son père.

Or, c'est en décembre 1935 que les premiers symptômes de la maladie apparaissent.

B. — CAUSES PROPRES A LA CONSTITUTION PSYCHIQUE

Pour apprécier à sa juste valeur le retentissement des causes accidentelles qui semblent être souvent les responsables de l'éclatement de la tuberculose, il faut tenir compte égale-

ment du terrain sur lequel apparaît ce facteur moral accidentel. Il s'agit, évidemment, du terrain psychique.

En effet, les causes occasionnelles ne jouent pas avec la même rigueur pour tous les individus. Dans certains cas, ces causes secondes semblent avoir une action décisive, alors qu'au contraire, elles n'affectent en aucune manière l'organisme d'autres sujets.

Nous savons que le tuberculeux est souvent un hypersensible, un émotif, un anxieux. Certains sont sans conteste des « petits psychiques » qui, depuis leur jeune âge, manifestent des troubles allant de la dépression à l'hyperexcitabilité.

Ce sont des individus qui, enfants, éprouvaient une certaine fatigue au travail, chez qui l'attention était difficilement fixée et qui étaient souvent distraits. Arrivés à l'âge adulte, ces sujets éprouvent encore une rapide fatigabilité au travail, un dégoût insurmontable pour tout effort. Il existe souvent un certain degré d'amnésie transitoire : peine à retrouver des mots, à compter. Instables, ils s'énervent sans cause, s'emporment facilement.

Ou bien, au contraire, ce sont des individus qui présentent une hyperactivité intellectuelle, une excitation psychique provoquant fréquemment de l'insomnie. Ce sont des hypersensibles dont le sens affectif est exagéré. Sympathicotoniques ou hyperthyroïdiens, ils ont une extrême sensibilité de leur système vaso-moteur : rougeur et pâleur du visage, palpitations, angoisses inexplicables, inclination au sommeil, sueurs faciles. « Les caractères communs de l'ensemble des troubles sont leur longue durée, leur continuité, leur persistance. » (BRAUN).

Il existe très probablement certains états qui favorisent l'éclosion de la bacillose. Tels ces petits anxieux, ces petits déprimés, ces petits inquiets. Chez eux on ne retrouve aucun symptôme net pouvant les faire ranger dans une des catégories des maladies mentales. Ce sont simplement, si l'on peut nous permettre ce terme, des « hyper » ou des « hypo » en tout. Toutes les fonctions psychiques ou affectives sont exagérément ou insuffisamment développées. « Sur ce terrain, écrit

encore BRAUN, tout nouvel incident moral accidentel sera ressenti avec une intensité particulière. »

On voit donc quelle peut être l'importance du terrain et on comprendra mieux ainsi le rôle que, dans certains cas, peuvent avoir les causes occasionnelles, qui se greffant sur un terrain déjà préparé, ne pourront que favoriser l'éclatement de la tuberculose. Ainsi s'explique la fragilité, si souvent notée, de tels sujets.

Aussi bien JANOWSKI pouvait écrire, il y a déjà plusieurs années : « Il y a de nombreux cas de tuberculose pulmonaire dans lesquels les malades ne se plaignent point de symptômes du côté de l'appareil respiratoire, et dans lesquels les signes nerveux sont si nombreux, si durables qu'ils autorisent en effet, durant un certain temps à poser le diagnostic de neurasthénie primitive. »

FOIX de son côté, écrivait dernièrement : « Ce développement, ou cet affinement des sentiments affectifs joints d'ailleurs si souvent à une certaine précocité intellectuelle, peuvent se trouver à l'origine de la maladie et même précéder souvent son début « *apparent* », comme si la tuberculose marquait déjà ses victimes avant de les frapper. »

Il faut donc admettre que certains individus trouvent en eux un terrain constitutionnel psychique favorable à l'éclosion d'une tuberculose éventuelle. Bien souvent du reste, on est frappé de constater que ces individus ont une hérédité psychique familiale assez lourde. Fréquemment, la famille offre les mêmes caractères pathologiques psychiques que le malade lui-même : hyper-émotivité, hyper-sensibilité, etc... On trouve dans des proportions assez grandes dans les antécédents du malade des névropathes, des sympathicotoniques, des psychasthéniques.

BRAUN a pu écrire, et nous serons tenté de conclure avec lui : « Ainsi donc l'individu trouve dans sa famille, non seulement la graine qui pourra le rendre tuberculeux plus tard, mais encore, en dehors des autres conditions favorables secondaires, il y trouve l'atmosphère psychique constitutionnelle et

souvent aussi accidentelle, qui en favorisera le développement et en déterminera en partie l'évolution, les arrêts et les reprises. »

OBS. N° 12. — M. P. L..., 28 ans, employé de commerce.

Entre au sanatorium de l'A.M.M. le 26 mars 1937. La maladie a débuté en décembre 1935 par de la toux, des expectorations nombreuses mais pas de fièvre.

Ce n'est qu'en février 1937 qu'une radiographie posera le diagnostic de tuberculose.

Le malade est un sujet très émotif. L'anamnèse un peu poussée révèle un passé de névrotique assez chargé.

A 17 ans, c'est un garçon sportif qui fait du sport d'une façon, semble-t-il, intempestive. A ce moment, il fait brusquement une « crise de neurasthénie ». Dépression intense entrecoupée d'intervalles de surexcitation. Pour une cause insignifiante, le malade se met à pleurer. Ce qui domine, c'est un ennui continuel indéfectible, irraisonné, permanent et irréductible. Le malade essaie de se distraire, mais plus les occasions de distraction s'offrent à lui et plus il retombe dans sa tristesse et dans son ennui. Rien ne l'intéresse, tout lui semble indifférent. Il se complait dans l'inactivité. Peintre, il n'a plus aucun goût pour la peinture ; il semble que le moindre effort qu'il put tenter pour sortir de cet état d'ennui continuel lui soit pénible: aboulie que le malade ne peut absolument pas maîtriser.

Cet état dure une année. Puis consultation chez le docteur CARRIÈRE de Lille, qui ordonne un repos de quatre mois à la campagne.

Après cette convalescence, le malade se sent mieux. Il retrouve quelque goût pour une certaine activité. Pourtant, il est encore sujet à des pertes de mémoire. Son esprit se brouille par instant et il raisonne difficilement. Il est de plus sujet à des sueurs faciles qui apparaissent sans effort à la suite d'une simple contrariété:

Mais ces troubles disparaissent peu à peu.

Il s'engage en juillet 1927 et fait deux ans de service militaire qui se passent normalement et sans aucun incident.

Il se marie en décembre 1929.

En 1934, il tousse pendant quelque temps, mais cette toux n'est accompagnée d'aucune expectoration et d'aucune élévation thermique.

C'est pendant l'été de 1935 que le malade commence à ressentir des troubles qui l'inquiètent. Il est sujet à des angoisses fréquentes. Il est inquiet, anxieux sans cause. Son esprit est dans un état

de tension continuel qui engendre une dépression nerveuse très accusée. En octobre 1935 l'asthénie s'accroît ; il éprouve à maintes reprises des « sortes de faiblesses ».

Ce n'est que le 2 février 1937 qu'il va enfin consulter et se faire faire une radiographie.

Les prodromes psychiques de l'invasion tuberculeuse

Certains parmi les malades que nous venons d'étudier voient s'exagérer quelque temps avant le début apparent d'une tuberculose évolutive certaines tendances de leur caractère.

Ils voient leur tuberculose précédée d'un état névropathique assez sérieux pour donner lieu à des symptômes assez nets.

Si nous parlons de ces troubles psychiques, c'est que bien souvent ils peuvent acquérir une valeur diagnostique et faire soupçonner au médecin une tuberculose qui n'a jusqu'alors donné aucun signe apparent.

Les prodromes psychiques de la tuberculose ont tellement frappé les auteurs, qu'on a pu parler de « neurasthénie » ou de « pseudo-neurasthénie » tuberculeuse. Avant toute manifestation clinique de bacillose, certains malades ont éprouvé de tels troubles qu'ils semblaient plus relever du neurologue que du phthisiologue.

« Souvent, écrit DUCHAINE, on peut mettre en évidence par un interrogatoire précis un changement de comportement psychique, presque toujours assez important pour avoir frappé le sujet et s'échelonnant, en général, sur l'année qui précède l'apparition des premiers signes cliniques. »

Georges PETIT, de son côté a noté : « L'instabilité du caractère est on peut dire constante ; le sujet se montre avec des alternatives d'excitation et de dépression, de confiance et de méfiance, de gaieté et de tristesse. Ces phénomènes, en se produisant souvent, finissent par prendre un caractère de gravité et déterminent une véritable neurasthénie, une psychopathie qui précèdent le début de la maladie. »

Il existe donc, dans certains cas, des troubles psychiques

qui se manifestent par un changement dans l'habitus intellectuel, dans le caractère, les goûts, le sens affectif et émotif.

Quelle importance devons-nous leur attribuer ?

Il semble qu'ils ne soient pas les témoins d'un terrain nécessairement tuberculisable. Ce ne sont que des épiphénomènes, tout au plus capables de favoriser l'éclosion d'une bacillose, en mettant l'organisme en état de moindre résistance. Ils n'ont d'importance, du point de vue qui nous intéresse, que dans la mesure où on les considère comme susceptibles d'amoindrir l'organisme et de créer de ce fait un terrain favorable à l'éclosion d'une tuberculose.

Néanmoins, comme tels, ils sont suffisamment importants pour que le médecin ne les néglige pas, et, sans leur conférer un rôle pathogénique spécifique, pour qu'il se méfie d'eux comme étant capables de précéder une tuberculose possible.

OBS. N° 13 (DUCHAINE). — M..., 26 ans docteur en médecine.

A toujours été bien portant pendant son enfance et la durée de ses études. Pas d'antécédents personnels et familiaux tuberculeux. Au lycée il fut un élève moyen. Fit de bonnes études médicales et passa par l'internat des hôpitaux d'une grande ville universitaire. Goûts artistiques pas spécialement développés ; la littérature ne l'a jamais fort intéressé. A la fin de ses études quitte sa ville natale pour aller se spécialiser sous la direction d'autres maîtres. Il mène alors une vie simple de médecin étranger. Après trois mois et sans avoir subi d'influence étrangère il découvre subitement le vaste domaine de la littérature moderne. Il se met à lire avec fureur tout ce qui lui tombe sous la main : l'œuvre d'André GIDE surtout le passionne ; il fréquente les milieux littéraires où son goût très sûr et sa clairvoyance le font tenir en estime. Malgré ce changement d'orientation il ne néglige pas sa formation médicale travaille dans un laboratoire et publie de nombreux travaux scientifiques. A la douce quiétude philosophique d'autant fait place une inquiétude marquée touchant les éternels problèmes religieux et moraux. Présence de nombreuses « crises de cafard » pendant lesquelles il s'enferme plusieurs jours de suite dans sa chambre. Malgré cette vie désordonnée son état physique est excellent sommeil normal pas de température appétit très bon.

Six mois plus tard, au cours d'un accès de mélancolie, tente de se suicider. Le soir même, il fait une hémoptysie. Examen des crachats qui révèle la présence de B.K.

OBS. N° 14 (DUCHAINE). — O..., 21 ans, étudiant en médecine.

Pas de tuberculose dans la famille. Fut toujours bien portant. Pendant les premières années au lycée, fut un élève médiocre. Mais à partir de la seconde, changement radical. Travaille beaucoup avec goût, lit un peu à tort et à travers. Devient en un an l'un des meilleurs du lycée. Commence ses études de médecine: brillante intelligence; s'occupe de critique d'art. Etat physique excellent. Brusquement fait une pleurésie tuberculeuse qui nécessitera plus tard la mise en œuvre d'un pneumothorax artificiel.

CHAPITRE II

L'INFLUENCE DU MORAL AU COURS DE L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

I. — LE PSYCHISME DU TUBERCULEUX

Avant d'étudier le rôle que peut avoir le moral dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire, il semble légitime auparavant de se demander si la tuberculose une fois installée transforme le caractère.

L'atteinte bacillaire peut-elle provoquer une transformation, une diminution des tendances propres de l'individu et le mettre ainsi en état de moindre résistance vis-à-vis d'elle-même. Tel un ennemi en temps de guerre, attaque-t-elle en même temps le corps et démoralise-t-elle, pour mieux en venir à bout, celui sur lequel elle a jeté sa griffe ?

Cette question n'est point nouvelle. La réalité d'un psychisme spécial aux tuberculeux a été discutée depuis déjà fort longtemps, et les auteurs ne se sont pas mis d'accord. Nous n'avons pas la prétention de trancher le débat. Nous voulons seulement revoir les arguments des uns et des autres, les confronter et, comme le dit SCHACHTER « étant donné que l'on ne peut aborder une question psychologique sans mettre tant soit peu de sa personne » nous essaierons de tirer une conclusion personnelle des faits que nous aurons pu observer.

L'existence d'un psychisme particulier aux tuberculeux pulmonaires semble, à priori, assez logique. Pourquoi refu-

serait-on à la tuberculose ce que l'on accorde aux autres maladies chroniques ? La tuberculose comme toute autre maladie chronique, n'est-elle pas capable de donner naissance à des modifications profondes de la personnalité ? Aussi, de nombreux auteurs ont-ils étudié le psychisme des tuberculeux et ont-ils noté que la tuberculose pulmonaire provoquait de grands changements de l'habitus psychique du tuberculeux.

En 1911, MURALT disait que les tuberculeux pulmonaires montrent ce qu'il appelait « la névrose d'intoxication bacillaire », qui consistait en une désorientation sur l'état propre, sur le degré du mal avec tendance au pessimisme, à la dépression, à l'angoisse.

AMREIN accuse l'alitement prolongé du malade pour expliquer chez celui-ci un psychisme particulier. Selon l'auteur, beaucoup des tuberculeux sont lâches, pusillanimes, indifférents. Il note chez certains des manies dont la plus fréquente est la thermométrie.

Pour KOLLARITZ, la mentalité du tuberculeux aurait une forte analogie avec celle du prisonnier. Celui-là comme celui-ci « est privé de la liberté à terme inconnu ». Pour cet auteur, il n'existe pas de psychisme particulier, mais toutes les réactions des bacillaires dépendent du caractère primaire des malades, c'est-à-dire de sa constitution psychique d'avant la maladie. Tel malade optimiste après le premier choc de la maladie, acceptera le fait et redeviendra optimiste. chez d'autres au contraire, leur caractère pessimiste ne fera que s'accroître durant toute l'évolution de la maladie.

Il faut, en réalité, pour cet auteur séparer soigneusement les symptômes attribuables seulement à l'élément toxique tuberculeux. Seraient d'origine toxique : la tachycardie, l'instabilité vaso-motrice, l'asthénie, le dégoût au travail intellectuel resteraient comme purement psychiques : le pessimisme, la dépression mentale, l'angoisse, la suggestibilité facile, etc...

KNOPF critique l'avis de CROFTON selon lequel il y aurait un retour à l'enfance dans la mentalité des tuberculeux, étant donnée la fréquence avec laquelle on rencontre l'égoïsme, la

méchanceté instinctifs. Les malades que l'auteur a étudiés ont oscillé du point de vue de leur psychisme, entre des états de dépression et de bonne humeur. Pour l'auteur, ces divergences s'expliquent par la multiplicité psychique de chaque malade.

GANTER note la variabilité du comportement psychique des tuberculeux.

BOCCHALI lui, nie formellement l'existence d'une psychose typique du tuberculeux. Les modifications psychiques que l'on peut rencontrer dépendent de l'âge, du sexe, de la constitution et de la vie sociale de chaque malade. Les psychoses que l'on pourrait rencontrer ont le même aspect qu'en dehors de la tuberculose. Il n'y aurait aucune spécificité.

BERNSTEIN accuse les doses, petites, mais trop longtemps prolongées d'opiacées qui sont, d'après lui, capables de changer la personnalité des malades.

GREISHER admet le rôle de la constitution prémorbide. L'infection bacillaire agirait comme un choc sur la constitution psychique du malade.

Il ressort de ces divergences de vue un fait qui semble pourtant acquis et sur lequel tout le monde est d'accord : la réalité non d'une psychologie particulière aux tuberculeux pulmonaires, mais, comme dit RONCE « d'un certain nombre de réactions psychologiques de même ordre ».

a) Le malade devant la révélation de la maladie

Qu'est-ce qu'un tuberculeux psychologiquement parlant ? C'est un être qui le plus souvent après quelques semaines ou quelques mois de symptômes vagues, après avoir joui jusque là d'une parfaite santé apprend brusquement qu'il est « poitrinaire ». Si l'on veut bien se rendre compte de l'effet que produit encore ce simple mot sur l'esprit de bien des gens, et des plus cultivés, on admettra volontiers que dès ce moment, l'état d'esprit de celui qui apprend brusquement qu'il est tuberculeux peut, et doit même subir une transformation assez impor-

tante. Immédiatement se présente à son esprit, en dehors de l'idée de la mort, la notion qu'il va être traité en paria, que toutes les joies qu'il a connues jusqu'alors lui seront défendues. Il va lui falloir pendant de nombreux mois, sinon des années, vivre en dehors de son milieu normal. Immédiatement lui revient en mémoire tout ce qu'il a lu, tout ce qu'il a vu autour de lui. C'est une sarabande de sentiments confus, désordonnés, où domine l'impossibilité d'assimiler le fait qu'il est lui-même victime de ce mal dont il a tant entendu parler et que son imagination et son ignorance lui font voir sous le jour le plus sombre.

Mais la réaction ne va pas tarder. « Sans doute, écrit BAILLET, le choc est toujours rude, mais... le malade oubliera vite la secousse et retournera avec l'insouciance la plus déconcertante à ses occupations familières ».

BURNAND, de son côté, a pu écrire : « Tous sans exception ont été rudement touchés lors de la révélation de la maladie. J'en ai vus dans mon cabinet forcés de s'asseoir, l'œil devenu fixe, avec une brusque pâleur répandue sur leur tête. Mais, continue l'auteur, cette vive douleur ne peut durer. J'ai cru discerner, ou j'ai deviné chez nos malades bien des manières de se reprendre, de réagir contre le coup qui semblait briser leurs destinées. Chez tous, le mécanisme admirable de la consolation ne tarde pas à entrer en action. »

Après le premier choc, le malade se révolte bientôt ; et s'il pense à certains qu'il a connus dans la même situation, il entend bien ne pas faire comme eux. L'espoir, ce sentiment indéfinissable et qui n'abandonne personne, même aux heures les plus critiques, l'espoir entre en lui en même temps qu'un désir de lutte.

RONCE dit très justement qu'à ce moment trois tendances vont se faire jour et que le malade use de trois palliatifs pour combattre son émotion :

- Il va essayer de fuir sa peur,
- Il va douter de la valeur du diagnostic du médecin,
- Il va tâcher de se leurrer lui-même sur l'importance des symptômes qu'il présente.

Pour fuir sa peur, il cherche l'oubli à tout prix. Il lui faut oublier qu'il est peut-être condamné, que sa vie, en tout cas, va être bouleversée. C'est ainsi qu'on voit des malades chercher soudain le bruit, l'agitation. D'autres transforment leurs habitudes ; ils s'occupent sans cesse à des choses plus ou moins frivoles, sont pris de subits accès de rire. Ils veulent s'amuser, s'étourdir.

Chez d'autres, au contraire, ce sera une prostration qui contrastera avec une vie jusque là active et agitée. C'est le dégoût, déjà, de tout effort. Si le malade fuit sa peur, c'est intérieurement ; il essaie de se leurrer, se livre à des raisonnements sans fin, il trouve une explication à chacun de ses symptômes, à sa fièvre, à sa toux, à sa fatigue. Il semble qu'il ne veuille pas s'avouer que « c'est parce qu'il est tuberculeux » qu'il éprouve tous les troubles dont il est la victime.

Du fait de cette introspection continuelle, le malade se crée un nouvel état d'esprit. Ce qu'on a voulu prendre pour de l'égoïsme n'est en fait, que la constante pensée du mal dont il est atteint. Ne semble-t-il pas naturel, en somme, que le malade pense à lui ? Et doit-on taxer d'égoïste l'individu qui faisant de son moi le centre de l'univers, ne pense qu'à sa maladie, qu'à son avenir ? Peut-être, certes, cette tendance s'exagérera-t-elle par la suite. Mais à cette période, ce n'est qu'un malade qui pense d'abord à lui. Et cette pensée n'est-elle pas légitime ? Que lui importe l'univers et ses joies s'il ne peut y participer, et si même il disparaît.

Un autre sentiment particulièrement pénétrant va dominer à ce moment. Ce sera le sentiment de la solitude. Le nouveau malade se sent seul, abandonné. C'est sa propre vie qui est en jeu et il est seul pour lutter. Il a soudain un sentiment violent de sa présence dans le monde. C'est bien à lui et non à un autre qu'arrive cette catastrophe. Nous pensons qu'on n'a jamais assez insisté sur cette découverte soudaine de la personnalité au moment qu'un individu se sent menacé. Jusqu'à présent, il pouvait, peu ou prou, compter sur l'aide de ses semblables, sur l'affection des siens ; mais soudain, le voilà

mis en face d'une réalité tout autre : il peut mourir, et la notion de sa personne prend de ce fait une importance qu'il n'avait jamais soupçonnée. C'est lui, son être entier qui est en face du danger. Il sait que personne ne pourra l'aider et qu'il ne peut compter que sur lui-même. Et ce sentiment développe encore peut-être ce qu'on a voulu appeler l'égoïsme. La place qu'il occupe dans le monde lui apparaît dans toute sa netteté, et il est fort compréhensible que son moi absorbe toutes ses pensées. Même si l'idée de la mort n'est pas le sentiment dominant, l'idée que son être va avoir à subir une terrible épreuve ne peut-elle expliquer qu'il se désintéresse des faits de la vie quotidienne, pour ne plus rattacher qu'à sa personnalité les événements qui l'entourent ?

De là cette rentrée en lui-même, de là ce désir d'être seul, de là ce manque d'expansion, et aussi, ce qui n'est pas contradictoire, le besoin de se confier par instant, de préférence à des tiers. Il voudrait savoir l'importance que son moi occupe dans la vie, il voudrait mesurer le rôle qu'il a joué jusque là et voir en quoi sa disparition affecterait la vie de ceux qu'il connaît.

Est-il donc extraordinaire, sans pour cela incriminer la tuberculose elle-même, de constater dès ce moment des modifications profondes des caractères ?

N'est-ce pas aller trop loin que d'attribuer à l'infection bacillaire les changements du psychisme qui s'expliquent, en somme aisément, quand on veut bien les regarder du seul point de vue psychologique ?

b) Le malade devant la maladie

La phase de révélation une fois terminée (et la durée de celle-ci est variable suivant les individus) le malade entre, si l'on peut dire, dans la maladie.

Le comportement du tuberculeux va se trouver modifié non par l'influence qu'exerce la tuberculose en tant qu'infection due au bacille de Koch, mais par les répercussions qu'elle entraîne sur la vie et la personnalité du malade.

Or, il tombe sous le sens que là plus qu'ailleurs, le facteur individuel va jouer. Si au moment de la révélation de la maladie tous réagissent à peu près de la même manière, c'est qu'à ce moment-là, les réactions sont univoques et que les facteurs individuels ne peuvent pas jouer.

Il n'en sera plus de même une fois que le malade aura pris une nette conscience de son mal. Il est impossible alors que tous les tuberculeux, parce que tuberculeux, aient une même attitude morale.

Le tuberculeux arrive à la maladie avec sa personnalité propre. Un certain nombre d'influences vont s'exercer sur lui ; mais elles ne développeront jamais que des sentiments en puissance que le malade possédait avant la maladie. Ces influences développeront les qualités ou les défauts du malade dans le sens et dans la mesure où celles-ci étaient préexistantes. En réalité, le tuberculeux reste ce qu'il est et ne deviendra jamais autre chose que ce qu'il était capable de devenir. Un imbécile ne deviendra jamais un génie du seul fait qu'il est bacillaire. Par contre, un égoïste pourra voir son égoïsme se développer. « Dans la tuberculose par accident, le paresseux devient nonchalant, l'actif devient agité, le caractère entier devient grincheux, le grave se désespère. » (LAIGNEL-LAVASTINE).

Chacun arrive à la maladie avec un passé qui lui est propre, une manière de juger, de sentir qui lui sont personnelles une formation intellectuelle et morale individuelle.

En dehors des qualités psychiques des individus, le rôle de l'âge, du sexe, de la classe sociale, va encore accentuer les différences de réactions des malades L'intellectuel, le manuel, le jeune homme, le vieillard ne pourront pas réagir dans le même sens, cela est bien évident. Il ne faudra donc pas s'étonner du polymorphisme des réactions psychiques des tuberculeux.

Ainsi nous pensons qu'il n'existe pas, à proprement parler, de psychisme spécial aux tuberculeux. Mais, par contre, du fait que tous sont atteints du même mal et sont astreints pen-

dant un certain temps à la même vie et à la même discipline, il existera des caractéristiques qui se retrouveront chez les uns comme chez les autres : caractéristiques communes et non psychologie particulière. Sans être orfèvre, il nous semble que la différence est assez nette pour qu'on ne nous accuse pas de jouer sur les mots.

Ce n'est certes pas impunément qu'un malade, après avoir mené une vie individuelle, va se trouver soudain plongé dans une vie collective.

Quelles seront les conditions qui vont modifier le caractère de l'individu au sein de cette communauté ?

Ce sera d'une part la connaissance plus juste et plus nette de sa maladie, d'autre part l'influence qu'exercera la vie collective et les habitudes que devra prendre le malade vis-à-vis de la communauté dans laquelle il vit.

a) La connaissance plus nette de sa maladie.

La plupart du temps, le malade qui arrive au sanatorium ignore tout de sa maladie. Ou bien il est trop pessimiste, ou bien il est trop optimiste. Dans l'un et l'autre cas, il va vite être mis au fait.

L'optimiste, arrive en général plein d'illusions : il n'a aucune notion de la nature de son mal, il n'a qu'une idée fausse de la vie sanatoriale.

Souvent, on retrouve chez le nouvel arrivant ce sentiment de honte qu'il a d'être malade : « Je ne suis pas malade, je compte rester deux ou trois mois. » Bien souvent, certes, il est sincère. Son médecin traitant lui a caché la vérité, laissant à ses confrères de sanatoriums le soin de l'éclairer plus avant.

Quant à la vie sanatoriale, il n'en sait que ce que la littérature a pu lui apprendre ou ce qu'il a pu en entendre dire. Il sait qu'on est astreint à « y faire des cures ». Mais il n'a aucune notion de la discipline et de la vie réglée qui doit être celle du Sanatorium. Ces « deux ou trois mois » seront pour lui, en somme, une période de détente.

Le pessimiste, lui, arrive au sanatorium avec des idées non moins fausses, quoique à l'opposé de celles de l'optimiste.

Il s'exagère la nature de son mal. Le sanatorium pour lui est un endroit d'où l'on ne peut sortir guéri. Si on l'a envoyé s'y soigner, c'est qu'il est vraiment bien malade.

Il faudra peu de temps à l'un et à l'autre pour acquérir une notion plus juste des faits.

Le plus souvent, et nous le déplorons, ce seront les camarades qui feront son éducation. Avant que le médecin n'ait pu le prendre en mains, les compagnons se seront fait un malin plaisir de l'éduquer, de le mettre au fait, et la plupart du temps à contre-sens. Sans vouloir voir là un trait de méchanceté, c'est une des caractéristiques qu'on retrouve le plus souvent chez les tuberculeux. Comment l'expliquer ? Par vantardise ? Pour faire montre d'un embryon de science médicale ou bien, au contraire, par gentillesse pour détromper un malade naïf et ignorant ? Peut-être toutes ces causes s'intriquent-elles et le malade lui-même aurait-il de la peine à définir le mobile qui l'a poussé à agir de la sorte.

Toujours est-il que, bien souvent, une heure après son arrivée, le malade a entendu parler de pneumothorax, de thoracoplastie, etc... Il se voit déjà menacé de tous ces spectres qui, pour lui, n'ont aucune signification et ne peuvent que l'effrayer. Peut-être devons-nous dire avec BURNAND : « Ils ne sont pas méchants, nos types, mais les bleus sont les bleus, au sana comme à la caserne, la condition d'ancien, de vieux briscard autorise ces traditionnelles brimades. »

Pourtant, petit à petit, le malade prend une notion plus exacte de son mal. Il voit des exemples autour de lui. Il apprend à connaître la valeur des mots qui l'effrayaient tant au début. Il voit certains de ses compagnons qui partent guéris, il en voit d'autres, qui, après avoir subi une intervention, non seulement ne sont pas morts, mais vont mieux. « Or, dit RONCE, il est logique de penser qu'une connaissance plus complète de la réalité est à même de modifier les réactions mentales d'un individu ».

b) L'influence du milieu, des habitudes.

Ainsi, peu à peu, notre malade organise sa vie, s'habitue à l'existence nouvelle qu'il lui faut vivre. Cette accoutumance se fait, en général, assez rapidement. Des amitiés se nouent, et il acquiert, sans presque s'en rendre compte, cette mentalité, cet esprit « sanatorial » sans lequel la vie de sanatorium serait impossible.

« L'habitude aidant, écrit BURNAN, il recommence à vivre. L'accoutumance, c'est là le bon remède... L'accoutumance a raison de toutes les angoisses, puisque même les aveugles demeurent attachés à la vie. On se lasse de tout, même de souffrir. »

Cette vie si différente de celle qu'il vient de quitter va pourtant marquer le malade. Il s'y habitue, certes, mais c'est justement cette habitude qui va le transformer. La vie normale qu'il a menée jusqu'à présent, lui apparaît, au bout d'un certain temps, non pas, certes, comme anormale, mais inconsciemment, il se rend compte qu'il ne pourrait plus imposer à son corps les efforts qu'il lui faisait fournir auparavant. Plus ou moins inconsciemment, il voit ses goûts, ses préoccupations changer. Obligé qu'il a été et qu'il est de faire entrer la maladie dans le cours de ses pensées, il en vient à négliger ce qui, jusqu'à présent, avait été préoccupation majeure dans sa vie.

Il avait cru trouver au sanatorium une atmosphère lourde, ennuyeuse. Il s'aperçoit, au contraire, que la vie n'y est pas triste. Il n'a plus besoin de cacher son mal, il n'a plus besoin d'avoir honte. Et puis, il découvre les charmes de la camaraderie qu'impose la vie collective. C'est un monde nouveau pour lui bien souvent. L'Homme est par essence de tempérament grégaire. Il n'aime pas vivre seul. Cette atmosphère qu'il trouve au sanatorium, il s'aperçoit qu'au fond elle n'a rien de désagréable. Les soucis quotidiens lui sont épargnés. Il peut en toute liberté développer ce besoin plus ou moins ancré dans le

cœur de l'homme, à savoir le besoin d'un camarade, d'un ami. Il retrouve l'atmosphère qu'il avait connue à l'école, au régiment, il s'amuse en collectivité. Le moindre fait prend une très grande importance. Et c'est pourquoi souvent on a voulu voir chez le tuberculeux un retour à la puérilité. Il redevient en effet un enfant, en ce sens que vivant une vie collective disciplinée, il n'est plus tout à fait libre de ses actes : la moindre infraction au règlement lui apparaîtra comme un acte où sa volonté aura pu s'exprimer. Comme à l'école, comme au régiment, ce lui sera une grande joie que d'essayer de tourner le règlement. On comprend aisément comment, dans ces conditions, ses préoccupations n'étant plus les mêmes, son caractère pourra se modifier.

Au sanatorium, le malade se sent faire partie d'une foule. Mac DOUGALL écrit dans « The group mind » ; « Pour que les membres accidentellement réunis d'une foule humaine forment une masse au sens psychologique du mot, il faut qu'il y ait entre les individus quelque chose de commun, il faut qu'ils s'intéressent tous au même objet, qu'ils éprouvent les mêmes sentiments en présence d'une situation donnée, et qu'ils possèdent dans une certaine mesure la faculté d'influer les uns sur les autres ».

Ainsi la collectivité sanatoriale est-elle un monde à part. Le malade se sent solidaire des uns et des autres. Ses préoccupations sont les mêmes que celles du voisin, ils se comprennent, car ils passent par les mêmes angoisses, les mêmes inquiétudes. On peut plus facilement qu'avec des bien portants, qui pour la plupart ignorent ce dont vous parlez, s'entretenir de son mal. Ce qu'on ne dirait pas à ses amis, à sa famille, on peut se permettre d'en entretenir un compagnon de misère.

Ce qui fait la force, la cohérence de ce groupement de malades c'est qu'ils sont unis par un lien commun : la même maladie. C'est ce lien que crée le compagnonnage dans la maladie qui crée la solidarité des malades.

Est-ce à dire que les rapports entre malades sont toujours bienveillants ? Certes non. Comment empêcher les disputes, les

jalousies. Quoique formant une communauté ce ne sont que des hommes. Comment écarter les divergences d'opinion, de sentiment ? Comment éliminer les tendances individuelles ?

Ainsi le malade s'habitue peu à peu à cette vie. Il s'y habitue si bien, que quelquefois, au bout de quelques mois, c'est son état pathologique qu'il trouvera normal. Il ne comprendra plus la vie du bien portant, et il la méprisera même. C'est lui maintenant qui connaît le vrai sens de la vie.

★★

Nous voudrions maintenant montrer comment, et dans quel sens va se faire cette modification du caractère. Il nous semble en effet nécessaire d'étudier les « caractéristiques communes » aux tuberculeux si nous voulons étudier la part que leur psychisme va prendre dans l'évolution de la bacillose.

L'égoïsme semble être le trait dominant qui a le plus frappé les auteurs.

« Nul doute, écrit RONCE, que les tuberculeux n'aient de fréquents mouvements d'égoïsme, bien qu'ils soient parfois dissimulés sous un certain verni d'éducation ou même de pudeur ».

« Une caractéristique morale assez constante chez le tuberculeux, c'est l'égoïsme... Cette tendance est certainement favorisée dans son développement par les longues heures d'immobilité et de silence sur la chaise longue pendant lesquelles le malade ne peut que se replier sur lui-même » (FOIX).

« Le caractère le plus constant de la phase centrale c'est un égoïsme intense. Le tuberculeux fait de soi-même le centre du monde, il est exigeant, capricieux. Loin d'être reconnaissant pour ceux qui le soignent, même les plus proches, il trouve, en général, qu'on ne s'occupe jamais assez de lui et qu'on ne se dépense jamais assez pour son salut » (Mme A.-P. MASSON-OURSEL).

Nous avons dit ce qu'il fallait penser du soi-disant égoïsme

des tuberculeux à la phase initiale de la maladie. En sera-t-il de même après plusieurs mois d'un séjour au sanatorium ?

Il est certain que le tuberculeux alors s'est habitué à penser d'abord à lui, surtout à lui, et que sans être originellement égoïste, son sens critique s'est émoussé. A l'abri des bruits du monde il s'exagère volontiers l'importance de sa personnalité. Il n'a plus pour distraire sa pensée les mille et une préoccupations de la vie courante. Il juge forcément d'un angle faussé et son moi en prend une importance accrue. Il nous souvient d'un malade qui acceptait de faire passer l'hiver à sa femme et à ses quatre enfants dans un logement de deux pièces non chauffées pour qu'elle soit plus près de lui et parce qu'il ne pouvait supporter l'éloignement de sa famille.

L'égoïsme ne peut en effet que se développer au cours d'un séjour en sanatorium. L'évolution de la maladie est forcément la préoccupation majeure du malade. A chaque instant un fait nouveau vient lui rappeler qu'il est malade. C'est une radiographie, un examen du sang, de crachats, dont il attend avec impatience le résultat. Tout concourt à créer autour de lui une atmosphère où il ne pourra que puiser les éléments qui exagéreront l'importance de sa personnalité et lui feront négliger les facteurs qui ne se rapportent pas à lui. Vis-à-vis d'autrui, on retrouve ce même sentiment et nous n'en voulons pour preuve que cette espèce d'indifférence (feinte peut-être) que manifeste le malade, quelquefois, lors d'un décès de ses compagnons.

Pourtant il ne faudrait rien exagérer. Cet égoïsme n'est bien souvent qu'un égoïsme de surface. Le malade fréquemment s'en rend compte lui-même et ne demande qu'à y échapper. Cette réaction égoïste semble donc assez naturelle. Elle est « comme une exaspération de l'instinct de conservation » (FOIX), « une attitude de défense — et bien excusable » (RONCE).

L'affectivité semble aussi être exagérée. « On remarque, écrit COMBEMALE et MONDAIN, que d'une manière générale,

l'affectivité du tuberculeux est augmentée : il est émotif, bizarre, volubile, capricieux ».

Cette exagération du sentiment affectif, de l'émotivité se rencontre en effet très souvent. La vie sanatoriale, une fois de plus, ne peut qu'accentuer et créer une atmosphère exaltante de tous les sentiments en général. Pour FOIX « l'état de moindre résistance et la faiblesse de l'état général, peuvent justifier en partie le dérèglement de la sensibilité en rendant les réactions plus apparentes et plus intenses ».

Le tuberculeux éprouve à un très haut degré le besoin d'une amitié, d'une affection. Séparé des siens, cette séparation ne fera qu'accentuer le besoin de sentir près de lui une âme qui le comprenne, et à qui il puisse se confier. Il lui faut trouver le réconfort dont il a tant besoin. Mais ce réconfort n'est pas de la pitié. Le tuberculeux ne veut pas être plaint et c'est pourquoi il cherchera plus volontiers et il trouvera plus facilement parmi ses semblables celui devant qui, sans honte, il pourra s'épancher et chez qui il ne verra pas luire dans les yeux un sentiment de commisération. Celui-là comprendra à demi-mot : ses peines sont les siennes, et il sait de quoi l'on parle. Ainsi son affectivité refoulée ne demande qu'à déborder.

N'oublions pas en effet que le tuberculeux est seul, surtout qu'il se sent seul, et qu'il n'y a rien d'étonnant à ce que ce sentiment de solitude exalte son besoin d'affection. « Le phénomène le plus remarquable et en même temps le plus important d'une formation collective consiste dans l'exaltation et l'intensification de l'émotivité des individus dont elle se compose » (Mac DOUGALL).

Nous ne dirons que quelques mots de la soi-disant exagération des désirs physiques.

On a beaucoup écrit la dessus. Certains ont voulu voir dans la tuberculose elle-même la raison de l'excitation du sens génésique. Il semble qu'à l'heure actuelle, tous les auteurs soient d'accord pour nier l'existence d'une exaltation des sens ou,

lorsqu'on la rencontre, pour incriminer non pas la tuberculose, mais le genre de vie auquel est soumis le malade.

Robert de TRAZ a pu très justement écrire : « que chez des gens qui vivent privés de leur femme — ou de leur mari — qui sont reposés et bien nourris, se développent des ardeurs charnelles, que ces reclus, ces désœuvrés, ces solitaires, quelquefois désarmés recherchent la volupté à l'égal d'une compréhension ou pour trouver l'oubli, fut-ce un instant, rien de plus naturel... Peut-être la légende du tuberculeux débauché tient-elle aussi au fait que la grande majorité des malades sont des jeunes gens... plus qu'eux c'est elle qui est amoureuse. Dépeindre les tuberculeux en voluptueux frénétiques c'est se moquer d'eux. »

Nous concluons avec RONCE en disant : « L'exaltation génésique que l'on prête aux tuberculeux ne nous apparaît nullement spécifique... Les satisfactions charnelles ne répondent d'ailleurs qu'à une part de leurs désirs, leur psychisme exige la satisfaction de certains besoins affectifs et ce sont ces besoins, uniquement eux, qui nous paraissent particulièrement exagérés du seul fait de la tuberculose... C'est une question d'atmosphère et non d'étiologie directe; et cette même atmosphère régirait de façon à peu près identique les réactions de tout individu placé dans les mêmes conditions ».

Le tuberculeux est un instable et c'est peut-être là la caractéristique la plus constante qu'on retrouve avec le plus de fixité.

« En fait, il apparaît que le tuberculeux présente une excessive mobilité d'humeur : tantôt exagérément triste, tantôt paradoxalement gai, et bien souvent, dans l'un et l'autre cas, indifférent à sa maladie » (COMBALE et MONDAIN).

« Tous les médecins de sanatorium, écrit FOIX, connaissent l'amplitude des oscillations de leurs malades entre la tristesse et l'espérance, au gré des heures et des saisons, et d'après les circonstances météorologiques, dont les effets sont encore mal connus, mais certains ».

L'esprit du tuberculeux est essentiellement mobile. Il passe sans transition de l'espoir le plus insensé au découragement le plus profond. La logique semble être exclue de tout raisonnement. Influençable, il subit les impressions du moment et des gens avec une facilité extraordinaire ». Le jour est triste et je suis comme ce jour-là. Ah mon ami, que sommes-nous ? Ou plutôt que suis-je pour souffrir ainsi sans relâche de toutes choses autour de moi et voir mon humeur suivre les variations de la lumière... Voilà ma vie en raccourci : une alternative d'élans et de défaillances, d'emportements, d'imagination et de prostration d'âme, de rêves fous, d'ardeur et de refroidissements désolants » (Maurice de GUÉRIN. — *Lettres*)

Non seulement l'espoir et le désespoir, sentiments liés à la maladie, mais tous ceux du tuberculeux semblent être la proie de cette instabilité. « Dans tout individu qui se contredit, il y a au moment où il se contredit, un élément affectif en jeu... Là est la clef des caractères contradictoires, très naturels au point de vue affectif, quoi qu'il soit le scandale de la raison » (RIBOT).

Et c'est justement parce que les tuberculeux ont un développement excessif de leur sens affectif, qu'il est possible de justifier leur instabilité. Tous les sentiments, toutes les sautes d'humeur, toutes les variations de leur état d'âme allant de l'optimisme au pessimisme le plus noir n'ont souvent pas de cause, ou tout au moins n'ont que des causes très minimes, c'est cela le fait dominant.

Le tuberculeux est de plus un inquiet : inquiet de sa santé, inquiet de l'avenir. Frappé le plus souvent dans son jeune âge, il entrevoit avec difficulté la possibilité d'un avenir heureux. Sa guérison ne lui apparaît qu'à longue échéance et bien souvent il perd patience. La patience ! c'est là la vertu par excellence si difficile à acquérir. Aussi n'est-il pas étonnant de le voir agité avec des envies de changer d'horizon, de fuir.

Le dernier trait sur lequel nous voudrions insister est la faiblesse de la volonté.

Au bout de quelques mois de sanatorium, le tuberculeux s'habitue à obéir à une autre volonté que la sienne. Les initiatives lui sont interdites, souvent même on lui recommande de ne pas penser aux ennuis des siens : fais ceci, ne fais pas cela. Il s'habitue à ne plus avoir de responsabilités, il en vient non certes à envier, mais à trouver assez agréable de n'avoir plus à penser aux échéances, à tous ses soucis d'ordre professionnel. Il se laisse vivre et partant ses réactions diminuent d'intensité. Pourquoi prendre une décision puisqu'on la prendra pour lui ? Pourquoi travailler puisqu'on lui a recommandé le repos ? Ainsi cette aboulie est favorisée par la vie même du sanatorium, par sa discipline, par ses horaires. A sa volonté s'en substitue une autre, plus forte.

De la sorte se crée un état d'esprit particulier qui cherche à éviter l'action et les efforts, et fuit tout travail physique et intellectuel.

Ce n'est évidemment pas le moindre danger que cette habitude qui se crée et qui pour certains prend l'aspect d'un devoir : on encourage sa paresse, pourquoi ne pas en profiter ?

Voilà donc esquissées en quelques traits qu'à dessein nous n'avons pas voulu approfondir, les caractéristiques communes qu'on peut retrouver chez tout tuberculeux qui se soigne en sanatorium.

Nous voudrions insister à nouveau sur ce fait que tous ces traits ne représentent que des tendances, que tous les tuberculeux ne feront pas des réactions identiques et qu'il est impossible de parler d'une psychologie particulière du tuberculeux.

Nous avons vu la diversité des réactions, des sentiments des malades en face de la maladie. Si la vie sanatoriale les pousse à devenir égoïstes, inquiets, instables, tous ne le deviendront pas ; et parmi ceux qui le deviendront il est bien évident qu'ils ne le seront pas tous de la même manière et à des degrés égaux.

II. — LE MORAL AU COURS DE L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE

D'après ce que nous savons du rôle du moral comme facteur étiologique, il semble naturel d'affirmer qu'il joue un rôle non moins important au point de vue évolutif.

Peut-être n'irons-nous pas jusqu'à dire avec ALLENDY : « Je ne connais pas de tuberculeux chez qui une conversation un peu méthodique ne m'aie révélé une grave insatisfaction d'ordre affectif. Ma conviction est que la tuberculose, si paradoxal que cela puisse paraître aux mauvais cliniciens, doit être regardée comme une maladie psychique et traitée comme telle ».

Ce serait, d'une part donner trop d'importance aux réactions psychiques, et par là même négliger le côté organique de la maladie; d'autre part, transformer la tuberculose uniquement en une maladie mentale, ce serait ignorer la moitié du problème et faire preuve d'un certain manque de bon sens.

Il serait par trop simple, sinon simpliste, de vouloir affirmer que la cure morale seule pourra guérir le malade. Mais il serait aussi néfaste de négliger le côté psychologique dans la cure de la tuberculose, que de vouloir donner à cette dernière la part la plus importante.

Ne devons-nous pas logiquement admettre que les transformations du caractère vont mettre le malade soit en état de résistance, soit au contraire en état d'amoindrissement vis-à-vis de la maladie ?

Les divers états qui se sont créés ou modifiés vont dans une large mesure influencer l'évolution de la maladie. Qu'un malade soit inquiet, déprimé, pessimiste, pourra-t-il logiquement réagir en face de la tuberculose de la même manière que son voisin qui aura assez de force d'âme pour accepter l'épreuve et se persuader qu'il guérira sûrement ?

Nous sommes bien forcé d'admettre que le comportement psychique va avoir une influence considérable. Les rapports

existants entre le moral et le physique, nous sont, certes, encore bien mal connus; mais est-il possible de négliger cette influence quand journellement nous en sommes les témoins. Il est certes facile, dans une évolution heureuse, d'incriminer les traitements physiques. Mais pourquoi justement ces mêmes traitements, dans des cas semblables, donnent-ils des résultats favorables chez les uns et défavorables chez les autres ? Devons-nous rejeter de parti-pris parce que nous ne pouvons le matérialiser, le rôle des activités mentales ?

La vie sanatoriale, nous l'avons dit, marque le malade. Selon la manière dont il réagira, cette influence développera des réactions psychiques différentes. Puisque les mêmes influences ont pu créer des états d'âmes différents, il semble logique d'admettre que ces états d'âme à leur tour, devront créer des réactions organiques différentes.

Nous savons que le trait dominant des tuberculeux est l'instabilité, et que souvent peu de chose suffit à lui rendre l'espoir. Nous voyons souvent à la faveur d'une modification de traitement, à la faveur d'une parole heureuse (que le tuberculeux est toujours prêt à accepter) se modifier le psychisme du malade. Nous voyons que cette modification du psychisme entraîne à son tour, avant même que le nouveau traitement institué ait eu le temps d'agir, des modifications organiques.

Nouvel état psychique, nouvelle attitude devant la maladie et devant ces réactions psychologiques différentes, nous sommes tout surpris de voir le malade réagir différemment à son mal.

Cette influence de l'état psychique sur l'état organique va trouver dans la vie même du sanatorium les éléments qui seront susceptibles de régir ses réactions. Nous savons qu'un des bienfaits de cette communauté sera de donner au malade une notion plus juste de son mal. Son équilibre physique en subira le contre-coup. Plus de terreurs illégitimes, plus de pessimisme outré, plus d'inquiétude démesurée quand à l'avenir immédiat. L'idée de la mort possible s'éloignant, le malade retrouvera le calme, les fonctions organiques se régulariseront, l'appétit, le sommeil redeviendront normaux.

BURNAND n'a-t-il pas écrit : « Espoir légitime, illusions, ignorance du péril, optimisme : si ces mots ne sont pas synonymes aux yeux lucides du médecin, ils sont pour les malades parfaitement synonymes. Ils veulent dire : foi en l'avenir et cette foi n'est pas seulement un secours pour l'âme, elle devient un agent de guérison ».

Oui certes, agent de guérison, le plus précieux auxiliaire du médecin, l'impondérable qui expliquera bien des choses, la cause incontrôlable, indosable qui non seulement aidera le malade à mieux supporter son épreuve mais sera à elle seule la cause de l'évolution heureuse ou malheureuse de la maladie.

Facteur indosable en effet, car il nous est impossible de contrôler scientifiquement ce facteur psychique. Facteur impondérable, car nous ignorons encore le rôle immense qu'il peut jouer. Combien il nous est difficile d'en dégager la responsabilité et de lui attribuer la juste part de son influence. Puisque son action demeure encore mystérieuse, contentons-nous de savoir qu'il existe, soyons satisfait en songeant que nous avons là une arme sûre, un moyen thérapeutique efficace qu'il est possible de mettre en œuvre chez tous nos malades sans exception. C'est dans ces limites que nous serons d'accord avec ALLENDY quand il dit : « Je pense qu'en dépit du traitement médicamenteux le mieux conduit, c'est l'état psychique qui décide en définitive de la guérison ».

C'est l'état psychique, en effet, qui crée le climat, c'est lui qui aide à accepter, à supporter une cure, un traitement, c'est lui qui en mettant l'esprit dans un état favorable ou défavorable met par là même le corps en état d'accepter ou de refuser le traitement.

N'est-il pas logique maintenant de penser qu'en modifiant ces états psychiques il serait possible d'influer sur l'évolution de la maladie.

MICHON et MOLLARD ont insisté avec juste raison sur le rôle des troubles vaso-moteurs. Nous savons combien ce rôle a tendance, à l'heure actuelle, à prendre d'importance en pathologie générale. Or, dans la tuberculose pulmonaire les troubles vaso-moteurs jouent un rôle non moins important.

Le Professeur BEZANÇON a montré l'importance des phénomènes fluxionnaires autour des lésions proprement dites de la tuberculose pulmonaire « Ces phénomènes péri-focaux écrivent MICHON et MOLLARD, qui font, selon nous, la gravité de la maladie, témoignent de la grande instabilité vago-sympathique du tuberculeux pulmonaire évolutif... Ces sujets du point de vue neuro-végétatif sont des instables, car il semble bien que les malades dont le système neuro-végétatif est moins troublé, fasse des formes torpides fibreuses ou même simplement une tuberculose abortive ».

Il semble bien qu'en régularisant les fonctions neuro-sympathiques on puisse par là même agir directement sur les lésions organiques.

Devons-nous rappeler encore ici le rôle des émotions pour expliquer certains troubles circulatoires ? Le Professeur LERICHE dans sa leçon d'ouverture du cours de médecine au Collège de France, ne disait-il pas dernièrement : « Les malades qui s'abandonnent à leurs appréhensions courent plus de risques que les autres... La chance et la guigne sont des réalités biologiques... Il serait peut-être un peu simpliste de rattacher les manifestations premières de la pathologie, uniquement à l'éveil, par des mécanismes variés, des sensibilités de nos trames fondamentales. Mais certaines observations donnent à penser qu'il y a peut-être là, pourtant, un des faits primordiaux de la maladie, même dans les états infectieux. Car cette maladie à la bien analyser c'est au fond nous-mêmes qui la faisons, sauf invasion trop brutale. Sans notre collaboration, dans nombre de cas, elle ne serait pas ou ne serait que peu de chose... La maladie n'est peut être souvent, au début, que la rançon paradoxale de la richesse de nos sensibilités interstitielles, un tribut payé par l'homme à la perfection de ses vasmoteurs ».

« Selon nous, écrivent MICHON et MOLLARD, la question du moral est d'ordre thérapeutique : il faut lutter contre l'instabilité vago-sympathique et si l'on réussit, on améliore à la fois le moral des malades et la tendance évolutive ».

En partant de ces données, ces auteurs ont essayé d'agir sur l'état anxieux de certains de leurs malades, par la novocaïnisation du ganglion stellaire (MICHON) ou des trois premiers ganglions sympathiques dorsaux (CHAIZE et MOLLARD).

Et de fait, ils rapportent des résultats fort intéressants. L'injection ganglionnaire a vu calmer non seulement l'état mental d'anxiété et d'angoisse, mais a agi sur les poussées congestives hémoptoïques.

Ce sera donc un des rôles principaux du médecin de s'attacher à la connaissance complète de son malade, physique et morale, à le considérer non seulement comme un être physiologique, mais comme un complexe psycho-physique. « La science de l'homme malade doit demeurer avant tout un problème d'observation humaine » (Georges DUHAMEL).

Nous retrouvons ici le problème que nous avons esquissé plus haut à savoir l'intrication du moral et du physique. Nous nous sommes déjà demandé si la dépression morale était non pas un effet, mais une cause de l'origine de la maladie.

Le problème est alors le suivant : faut-il d'abord soigner la cause organique, la lésion tuberculeuse, pour voir s'améliorer l'état moral ? Ou bien faut-il supprimer la cause d'ordre moral pour influencer favorablement la tuberculose ?

En pratique, la question ne se pose pas aussi simplement et l'observation des faits montre qu'en réalité il ne faut en aucun cas être systématique.

Ces influences réciproques auront de plus une action différente suivant les malades. Leur intrication sera plus ou moins riche suivant l'individu. Chez l'un l'organisme prédominera alors que chez l'autre le psychisme prendra la place la plus importante. Et, un même individu pourra être soumis à tour de rôle à chacune de ces actions. Il s'agira donc pour le médecin d'un dosage infiniment délicat qu'il devra sans cesse régler et adapter suivant les individus et, pour le même individu, suivant l'heure.

Nous sommes ici dans un véritable cercle vicieux. Le vérita-

ble thérapeute sera celui qui saura discerner au moment exact le processus prédominant, et qui saura s'en servir.

Ne disons donc pas : Faut-il d'abord soigner le moral pour guérir le physique ou faut-il soigner le physique pour améliorer le moral, mais soignons le moral nous guérirons le physique, soignons le physique nous améliorerons le moral.

CHAPITRE III

TUBERCULOSE ET PSYCHOPATHIES

Nous avons étudié au cours des chapitres précédents l'état psychique du tuberculeux, avant et pendant la maladie.

Il semble logique de franchir un pas de plus et de se demander si ces états psychiques en s'exagérant ne vont pas devenir de véritables psychopathies.

Nous allons donc étudier successivement :

1° Les troubles psychiques au cours de la tuberculose pulmonaire, en nous demandant si ces troubles sont sous la dépendance de l'infection bacillaire. Nous verrons ce qu'il faut penser de l'existence d'une « folie tuberculeuse ».

2° Le rôle étiologique de la tuberculose dans la démence précoce.

Ces problèmes sont loin d'être nouveaux, et si nous les traitons brièvement, c'est que nous pensons qu'ils trouvent place dans ce travail et qu'ils sont la suite logique des chapitres précédents.

Au demeurant, nous n'avons pas la prétention de faire œuvre originale. Nous ne sommes pas psychiatre et nous nous excusons par avance des lacunes qui ne manqueront pas de se glisser.

Notre but est de faire un simple tour d'horizon, de rassembler les idées et les théories émises à ce sujet sans vouloir émettre une théorie personnelle que notre ignorance psychiatrique ne nous permettrait pas.

I. — LES TROUBLES PSYCHIQUES ET LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

A. — Mortalité tuberculeuse dans les asiles.

Comment est-on arrivé à la conception d'une origine tuberculeuse des maladies mentales ? Il semble que ce soit avant tout, par le fait du nombre important des décès par tuberculose constatés dans les asiles. Ce fait semble avoir particulièrement frappé les auteurs et on a été tenté de voir là une relation de cause à effet.

Beaucoup de travaux ont été faits à ce sujet. Nous nous contenterons de donner quelques statistiques établies tant en France qu'à l'Etranger.

Pourcentage des décès par tuberculose, dans les asiles par rapport à la mortalité totale.

Statistique de Bourneville :

Sur 85 asiles et services :

7 indiquent un pourcentage de mortalité de 0 %

14	—	—	—	entre 1 et 5 %
25	—	—	—	entre 5 et 10 %
19	—	—	—	entre 10 et 15 %
9	—	—	—	entre 15 et 20 %
5	—	—	—	entre 20 et 30 %
2	—	—	—	entre 40 et 50 %
1	—	—	—	de 78 %
3	—	—	—	de 100 %

Statistique de Briau de Chezal Benoît (1933)

2 services indiquent une proportion de mort. de 0 %

10	—	—	—	de 1 à 5 %
28	—	—	—	de 5 à 10 %
12	—	—	—	de 15 à 20 %
11	—	—	—	de 20 à 30 %
3	—	—	—	de 30 à 40 %
1	—	—	—	de 61 %

Selon d'autres auteurs :

Pour HEIMAN,	de 1876 à 1897, la mortalité est de 16,6 %.
Pour OSTMAN	de 1876 à 1925 — de 16,9 %
Pour WECHSLER	de 1902 à 1920 — de 14 %
Pour BLUMENFELD	de 1923 à 1931 — de 13,9 %

Les critiques ne manquent pas, soit pour infirmer, soit pour confirmer la véracité de ces chiffres.

ARNOULD a pu écrire : « Ces données n'offrent, à vrai dire, qu'un faible intérêt. En effet, elles nous font connaître seulement la fréquence relative des décès tuberculeux rapportés à ceux d'autres causes; or, si cette fréquence dépend du plus ou moins grand nombre des décès tuberculeux, elle dépend aussi du nombre des décès d'autres causes et des variations de ce dernier nombre sous des influences n'agissant d'ailleurs en rien vis-à-vis des décès tuberculeux. »

Pourcentage de la mortalité des aliénés par rapport à la population ordinaire :

	<i>Mortalité tuberculeuse de la population de 15 à 75 ans</i>	<i>Mortalité tuberculeuse des aliénés pour 10.000</i>
NOETEL, de 1886-1888.....	130	39
HEIMAN, de 1892-1897.....	110	29

En Saxe, WERNER a établi les chiffres suivants :

De 1901-1905	96,5	27,5
De 1906-1914	87,3	23
De 1922-1924	127,3	14,1

D'après BLUMENFELD, à l'asile de Clermont, de 1923 à 1931, il y a eu une mortalité tuberculeuse de 138 p. 10.000, chiffre qui serait de huit fois plus fort que celui de la population en général. Nous voyons donc, par ces chiffres, que dans tous les pays, on a pu observer une mortalité tuberculeuse de 4 à 6 fois plus forte que celle de la population générale d'âge correspondant à celui des aliénés.

Que peut-on en conclure ? Doit-on voir là un argument en faveur de l'intrication qui existerait entre tuberculose et psychopathie ?

Les psychiatres ont voulu d'abord mettre sur le compte des troubles mentaux eux mêmes le taux élevé de la mortalité tuberculeuse dans les asiles. En dehors du fait que l'état mental créerait un terrain favorable ou une diminution de la résistance organique, on a été jusqu'à admettre un facteur héréditaire, une constitution mentale favorable à l'éclosion de la tuberculose.

Beaucoup d'auteurs ou bien nient la part de l'hérédité de graine et n'attachent aucune importance au passage, de la mère à l'enfant, des anticorps tuberculeux, en raison de leur fragilité (LELONG) ou bien soutiennent que l'hérédité tuberculeuse n'est pas prédisposante, mais, au contraire, immunisante. D'autres, comme LUMIÈRE, ont établi le règne de l'hérédité, s'appuyant sur les expériences sur l'animal, les lésions constatées à l'autopsie, les observations cliniques. Il reprend le vieux thème des anciens auteurs de « l'habitus phtisicus ».

D'autres auteurs reviennent sur le terrain prédisposant. KRETSCHMER a décrit un type morphologique, le type asthénique ou leptosome, qui ne serait pas sans analogie avec le type pré-tuberculeux de LANDOUZY.

PASCAL et DOUSSINET, faisant la critique de cette théorie, écrivent : « Nous avons essayé de démontrer que la conception de KRETSCHMER, basée sur des principes périmés de la fixité et de la similitude, étaient une entreprise chimérique et que sa classification morphologique était erronée, parce qu'elle ne tenait compte des causes actuelles et de l'indépendance des phénomènes biologiques. »

Quant au rôle de l'insalubrité des locaux et de la contagion, qui expliqueraient la fréquence de la tuberculose chez les aliénés, on a pu voir que les cas de tuberculose n'étaient nullement proportionnels à la longueur du séjour dans les asiles. D'autre part, les asiles modernes offrant toutes les conditions nécessaires de salubrité et d'hygiène modernes, ne voyaient

pas diminuer le nombre de tuberculoses. Quant à la contagion entre adultes, nous avons vu dans le chapitre précédent ce que l'on pouvait en penser, et les réserves qui doivent actuellement être faites à ce sujet.

Il semble donc vraisemblable, et c'est l'opinion de la majorité, de ne point voir dans le nombre élevé de tuberculoses des asiles une relation de cause à effet, mais bien plutôt soit une coïncidence, soit des conditions de vie défectueuses portant en particulier sur la nourriture.

L'étude récente d'ARNOULD sur la mortalité tuberculeuse dans les asiles pendant et après la guerre, semble devoir confirmer cette manière de voir.

« Durant la guerre de 1914-1915, écrit ARNOULD, il s'est produit, dans la plupart des pays européens, une augmentation de la mortalité tuberculeuse de la population civile. De l'aveu général, cette augmentation a été surtout marquée là où les restrictions alimentaires ont été les plus sévères. Or, aucun groupe n'a subi, à cette époque et dans les pays en question, une plus forte augmentation de la mortalité tuberculeuse, et de la mortalité en général, que le groupe de pensionnaires des asiles d'aliénés ».

D'après les statistiques, la mortalité tuberculeuse des pays belligérants a presque doublé pendant les années de la guerre. Or, après la guerre, en Angleterre, la mortalité tuberculeuse des aliénés est tombée en 1931 jusqu'à 60 pour 10.000, ce qui même sur le taux d'avant-guerre (165 p. 10.000), représente une diminution des deux tiers.

En Suisse, la mortalité tuberculeuse pour 10.000 aliénés est tombée de 100 (1912-1921) à 30 (1922-1931).

Il semble donc qu'on puisse conclure pour expliquer la grande mortalité tuberculeuse dans les asiles :

1° La tuberculose étant l'une des causes principales de la mortalité de la population, en général, il est logique de penser qu'elle devra l'être aussi dans les asiles d'aliénés.

2° Cette mortalité s'explique non par des rapports de cause à effet entre tuberculose et psychopathie, mais par des coïncidences.

3° Puisque le régime alimentaire joue un rôle si important, il est logique de penser que beaucoup de cas de mort par tuberculose peuvent s'expliquer par de mauvaises conditions de vie des aliénés.

La tuberculose des aliénés doit donc être considérée, et c'est l'opinion généralement admise, comme un phénomène intercurrent « dont la fréquence est liée aux conditions particulières créées par la psychopathie et par le régime de vie des malades. » (TARGOWLA).

B. — Les psychoses tuberculeuses.

Avant de commencer ce nouveau paragraphe, nous voudrions faire une remarque. Les phthisiologues sont rarement les témoins de troubles mentaux se déclenchant chez les tuberculeux pulmonaires en évolution. Tous les médecins qui ont vécu un temps assez long au contact de tuberculeux sont d'accord pour affirmer la rareté, sinon l'inexistence des troubles mentaux parmi les malades qu'ils soignent. La plupart des observations publiées à ce sujet l'ont été par des psychiatres. Est-ce à dire qu'il y ait là antinomie entre les manières de voir des uns et des autres ? Est-ce que ce qui est faux pour l'un deviendrait vrai pour l'autre ?

A la vérité, il semble que ni les psychiatres, ni les phthisiologues ne soient responsables d'un tel état de choses. Nous verrons que les psychiatres eux-mêmes sont d'accord pour affirmer que les troubles mentaux apparaissent rarement au cours d'une tuberculose pulmonaire évolutive. Si les uns en ont décrit de nombreux cas, si les autres n'en ont presque jamais été les témoins, c'est que les troubles mentaux se déclenchent, en général, sur des tuberculoses latentes et que, la plupart du temps, le syndrome psychique, dominant la scène, c'est le psychiatre, le premier, qui est appelé à voir de tels malades.

Les psychoses d'origine tuberculeuse ont été décrites depuis fort longtemps. En 1838, ESQUIROL rapporta plusieurs observations de mélancoliques ou d'agités ayant succombé à des lésions pulmonaires en évolution.

GRIESINGER, en 1865, écrivait : « la cachexie tuberculeuse paraît également être quelquefois la cause du développement de l'aliénation mentale. »

En 1876, VOISIN avait décrit : « une folie tuberculeuse ».

Pour BALL, la tuberculose jouerait un rôle dans certaines folies diathésiques.

CLOUSTON est très catégorique : il diagnostique la folie tuberculeuse, en étudiant les seuls troubles psychiques.

Mais bientôt la notion de folie tuberculeuse s'estompe.

A la notion d'une folie caractéristique de la tuberculose, s'opposent les notions de polymorphisme des accidents mentaux.

Pour MORSELLI, la question ne fait aucun doute. Il existe un certain nombre de maladies mentales dont l'étiologie tuberculeuse est certaine. Il va jusqu'à dire que toutes les psychoses peuvent être d'origine tuberculeuse.

LÉPINE, en 1909, fait également une part importante à l'étiologie tuberculeuse de certaines psychoses; mais il y ajoute cette notion importante : c'est souvent au cours de tuberculoses latentes qu'apparaissent les troubles psychiques.

André GILLES a écrit, dernièrement : « Les crises de psychisme les plus accentuées semblent, cependant, se développer de préférence dans le cas où l'état pulmonaire est en sommeil. »

Plus près de nous, TARGOWLA a décrit des psycho-encéphalites, mais sans pouvoir incriminer le bacille de Koch comme agent causal de l'infection.

CLAUDE a décrit diverses formes cliniques de psychoses tuberculeuses, en insistant sur le fait que « tout tuberculeux peut présenter des troubles psychiques indépendants de sa tuberculose » mais que « il faut, pour pouvoir parler de psychose tuberculeuse, qu'il y ait une corrélation directe entre les troubles mentaux et l'infection bacillaire. »

Il semble bien qu'on ne puisse nier l'existence de troubles psychiques, en dehors de la méningite tuberculeuse, au cours de la tuberculose pulmonaire.

Mais quand l'autopsie n'a rien révélé au niveau de l'encéphale, quand on trouve des lésions localisées au seul poumon, peut-on affirmer la nature tuberculeuse de ces troubles mentaux ?

CLAUDE explique ainsi la pathogénie de ces psychoses :

« La pathogénie que l'on peut invoquer pour expliquer chez les tuberculeux l'atteinte des fonctions intellectuelles, semble reposer sur l'intoxication des centres nerveux par les poisons sécrétés par les bacilles dans l'organisme. Chez les tuberculeux cavitaires, le bacille de Koch sécrète une toxine, la tuberculine, capable de diffuser dans la circulation générale. Il est naturel de penser que cette toxémie engendre des troubles fonctionnels des centres cérébraux, troubles qui sont sous l'influence directe des foyers générateurs de tuberculine. »

MORSELLI, de son côté, écrivait : « Les troubles mentaux de la tuberculose sont dûs principalement à la toxine, laquelle provoque leur apparition chez les sujets jeunes et la facilite chez les adultes. »

Il nous semble utile de rappeler ici les travaux de GUILLAIN et Guy LAROCHE sur la fixation des poisons sur le système nerveux.

Les expériences *in vivo* et *in vitro* ont montré que :

- 1° La tuberculine est fixée et activée par le tissu nerveux;
- 2° Le bacille de Koch se rencontre excessivement rarement au niveau des tissus nerveux.

« Les B. K. se constatent facilement au niveau des méninges, très rarement au niveau des centres nerveux. Les bacilles de la tuberculose sont détruits par le tissu nerveux. »

Le deuxième facteur pathogénique invoqué est celui de l'hérédité. « Il faut bien admettre, écrit TOULOUSE, que seule l'inoculation de la reproduction chez l'animal de l'une des formes de l'infection tuberculeuse peuvent apporter pour chaque syndrome une preuve décisive de sa spécificité.

De nombreux auteurs ont été frappés par le nombre important d'antécédents tuberculeux trouvés chez les aliénés.

BALL, le premier, a envisagé la possibilité d'une hérédité morbide dans l'apparition des troubles mentaux.

BRUNERIE défend cette idée; il a été frappé de « retrouver fréquemment chez les ascendants ou les descendants des aliénés, la phtisie ou des localisations tuberculeuses extra-pulmonaires. »

CLAUDE écrit : « tous les tuberculeux ne font pas des troubles psychiques... c'est qu'il faut encore pour l'éclosion des troubles mentaux, certains éléments spéciaux qui sont les prédispositions personnelles et les facteurs d'hérédité. »

On a enfin invoqué un troisième facteur pathogénique, c'est celui du retentissement sur le psychisme des disfonctionnements des glandes endocrines et du système neuro-végétatif.

« Voici longtemps, écrit LEREBoullet, que l'arriération mentale, l'imbécillité, l'idiotie ont été reconnues dans nombre de cas comme la conséquence de l'hyperthyroïdie myxœdémateuse. »

Pour DUMAREST, beaucoup de troubles du psychisme doivent être mis sur le compte d'une insuffisance hépatique secondaire et à l'évolution d'une néphrite interstitielle.

Quant au rôle du système neuro-végétatif, nous avons déjà vu quelle importance il fallait lui donner dans la genèse de certains troubles psychiques. « Il faut savoir dépister, écrit GUILLAUME, derrière un syndrome de vagotonie une infection latente. »

L'état de vagotonie créerait suivant certains auteurs un état de moindre résistance aux intoxications.

Concluons cette rapide revue par cette phrase de GUILLAUME : « Le mécanisme de la maladie mentale... est avant tout la résultante d'une perturbation de la vie végétative... la psychose est inséparable du système organo-végétatif, car le traumatisme psychique est inséparable des réactions neuro-glandulaires organo-végétatives. »

Si donc l'existence d'une « folie tuberculeuse » peut être lé-

gitiment écartée, l'origine tuberculeuse ne semble pas encore, non plus, à l'heure actuelle nettement prouvée.

Aussi bien, serons-nous tenté d'écrire qu'il ne semble pas qu'on puisse parler de psychoses d'étiologie tuberculeuse certaine. Et nous dirons avec André GILLES : « La relation, qui n'est le plus souvent même pas occasionnelle, apparaîtrait donc bien indirecte et l'on serait tenté d'accepter l'opinion de ceux qui n'admettent pas un rapport concret chez ces sujets entre leur névrose et leur tuberculose. »

II. — TUBERCULOSE ET DEMENCE PRECOCE

Si nous étudions les rapports de la tuberculose avec la démence précoce de préférence à tout autre maladie mentale, c'est que c'est surtout à cette dernière psychopathie que de nombreux auteurs ont consacré leurs travaux et ont voulu donner une étiologie bacillaire.

La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ?

La littérature médicale de ces dernières années offre un nombre impressionnant d'études faites à ce sujet. Aussi bien ne voulons-nous pas trancher le débat, mais résumer les diverses opinions et tâcher de discerner la vérité au milieu d'opinions contradictoires.

Un fait a frappé les esprits : C'est le grand nombre de déments précoces qui sont en même temps tuberculeux, ou qui présentent des antécédents bacillaires.

Le pourcentage de mortalité par tuberculose des déments précoces rapporté à la mortalité générale serait en moyenne de 50 %. Les autres formes d'aliénation mentale n'accuseraient un chiffre que de 3 à 30 %. (BLUMENFELD).

Quant à la morbidité tuberculeuse elle serait de l'ordre suivant :

Sur 204 déments précoces :

22 ont une tuberculose en activité;

68 ont une tuberculose ancienne ou latente.

Sur 203 aliénés non déments précoces :

8 ont une tuberculose en activité;

41 ont une tuberculose ancienne ou latente.

Soit une différence de 44,11 à 24,13 %.

Il nous semble inutile d'allonger une statistique fastidieuse. Qu'il nous suffise de dire que tous les auteurs donnent à peu près les mêmes chiffres, en France comme à l'étranger.

Ces chiffres, qui confirmeraient l'association des deux maladies ont été critiqués dernièrement par ARNOULD. « Il se peut, dit cet auteur, qu'elles (les proportions) dépendent, comme on l'a prétendu, d'une fréquence différente de la tuberculose dans les diverses catégories d'aliénés. Mais il se peut tout aussi bien qu'elles soient conditionnées à fréquence égale de la tuberculose, par les différences numériques qui existent entre les effectifs de ces catégories.

Et de citer les chiffres d'auteurs allemands :

La démence précoce représenterait 45 à 60 % de l'effectif des établissements. « Autrement dit, continue ARNOULD, les déments précoces qui représentent à peu près la moitié de l'effectif des aliénés des asiles, fournissent aussi à peu près la moitié des décès tuberculeux de ces établissements. »

Du point de vue clinique, on a été frappé par le parallélisme et l'alternance des troubles. On a constaté des cas où la tuberculose devenait plus lente, plus torpide quand apparaissaient les troubles mentaux; et inversement ceux-ci tendaient à disparaître quand le malade faisait une poussée évolutive au niveau de son poumon.

TARDIEU et LEJARD signalent à propos d'une observation : « La suppression soudaine et persistante de l'expectoration coïncidait avec l'éclosion d'un syndrome confusionnel aigu. »

CLAUDE, de son côté, a noté dans une observation : « Mme A... présente à ce moment une poussée évolutive nette de ses lésions pulmonaires, et l'on assiste parallèlement à une reprise de son activité délirante. »

Alternance, parallélisme, quelles valeurs offrent ces signes ? « L'esprit des premiers observateurs, écrit ARCHAÏM-

BAULT, a trouvé là un double attrait : Celui de la régularité oscillatoire... celui du pittoresque mystérieux. »

PAGNIEZ, de son côté, écrit : « Ce balancement entre les localisations tuberculeuses et les troubles mentaux est certainement remarquable et il est difficile de n'y voir qu'une alternance fortuite. Mais enfin, dans tout ceci il n'y a qu'arguments de valeurs indirectes. »

Voilà donc un fait clinique sur lequel l'accord général est loin d'être réalisé.

D'autre part, on en revient une fois de plus au rôle du terrain; l'on ne manque pas de remarquer que les deux affections germent sur un terrain commun, que l'une et l'autre atteignent des individus jeunes. « L'âge de l'hébéphrénie est aussi celui de la tuberculose, écrivent PASCAL et DOUSSINET. La jeunesse ne constitue-t-elle pas le terrain propice de la germination de la tuberculose... dans ces conditions, l'association bacillo-hébéphrénique ne peut plus surprendre. »

Depuis quelques années, c'est dans le domaine de l'anatomopathologie et dans le rôle du virus filtrant que les partisans de l'étiologie tuberculeuse de la démence précoce cherchent leurs arguments.

C'est en 1905, les recherches d'ANGLADE sur les encéphalopathies tuberculeuses.

A ce moment, CLAUDE, LHERMITTE, LÉPINE publient des cas de démence précoce associés à la tuberculose.

RÉGNIER et BAUDOIN sont catégoriques et affirment l'étiologie bacillaire de la démence précoce.

GUIRAUD refuse la théorie pathogénique de la tuberculose, mais admet plus tard la possibilité d'un ultra virus.

DIDE fait la critique des lésions anatomo-pathologiques et admet d'abord un processus vago-sympathique, puis plus tard accepte la théorie d'un virus filtrant.

En 1926, au Congrès de Genève, cette hypothèse est défendue par MIRA, ARRIAS, SEIX; mais ils n'apportent aucune preuve expérimentale de leurs hypothèses.

En 1931, TOULOUSE, VALTIS, SCHIFF et Van DEINSE sont les

premiers à déceler la présence de l'ultra virus dans le liquide céphalo-rachidien. Mais ils avouent que dans trois cas de démence précoce l'inoculation au cobaye est restée négative.

D'OHOLLANDER et ROUVROY, sur 12 déments précoces, ont obtenu 7 résultats positifs quant au virus filtrant du liquide céphalo-rachidien. Mais ils n'ont pu obtenir, par leurs inoculations, de lésions tuberculeuses classiques.

PUCA étudie 47 malades pour la plupart hébéphrénocatatoniques, quelques-uns paranoïdes. La recherche de bacilles, faite 4, 6 et 8 jours après inoculation du liquide céphalo-rachidien dans les ganglions cervicaux du cobaye, a permis sept fois d'y retrouver la présence de granules acido et alcoolorésistants.

D'autres auteurs ont recherché la bacillémie sur des malades non cliniquement tuberculeux : 4 % de leurs résultats furent positifs.

En 1935, DEBRÉ et PERRAULT, recherchant la présence du bacille de Koch dans le sang et les différents tissus chez des tuberculeux non aliénés, concluent à sa très grande rareté.

BECK, en 1935, après de nombreuses expériences portant sur plus de 200 cobayes, exclut formellement le rôle de la tuberculose dans la démence précoce bactériologiquement parlant.

Voici exposés brièvement les opinions et les résultats contradictoires des auteurs.

A la vérité, dans l'état actuel de nos connaissances la preuve d'une participation des germes tuberculeux dans la démence précoce ne semble pas avoir été apportée. Les auteurs eux-mêmes font quelques réserves quant à leurs résultats positifs.

Les résultats, d'autre part, semblent par trop contradictoires.

Si certains travaux montrent bien la présence de l'ultra virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien de déments précoces, d'autres, au contraire, contestent ces résultats.

Il semble donc que, tant que des résultats plus certains n'auront pas fourni la preuve de l'étiologie tuberculeuse de la démence précoce, on puisse adopter une attitude d'expectative, sinon de scepticisme.

CHAPITRE IV

RESULTATS PRATIQUES

Nous allons essayer, dans ce chapitre, de dégager les conclusions pratiques qu'a suggérées ce travail. Nous espérons qu'il répondra à l'idée que nous nous en sommes fait et qu'il synthétisera les données du problème posé dans les chapitres précédents.

I. — ROLE DU MEDECIN

a) Avant l'apparition de tout symptôme bacillaire.

A tout instant de la maladie, le rôle du médecin sera délicat; mais c'est peut-être au moment que le malade se croit bien portant que le médecin pourra jouer son rôle le plus utile.

Ce qui fait la noblesse de la profession médicale, c'est en effet qu'en même temps qu'il est un thérapeute, le médecin doit être un conseiller et, pour cela, joindre à ses qualités scientifiques propres, une finesse de compréhension, une psychologie de l'être humain sans lesquelles il ne saurait exercer son art avec efficacité.

Ce que nous savons du rôle des causes secondes dans l'étiologie de la tuberculose, nous invite à recommander au médecin de s'intéresser à son malade non seulement physiquement mais de plus en plus moralement.

Georges DUHAMEL a pu écrire : « L'acte médical est, par essence, un acte singulier, c'est-à-dire un acte d'homme à homme. »

Nous savons que malheureusement nous nous heurtons ici, et nous ne pouvons que le déplorer, à l'évolution mentale et sociale de l'individu, qui tend à supprimer ce qu'il était convenu d'appeler le médecin de famille.

Nous pouvons dire avec René DUMESNIL : « Le médecin peut et doit tenir dans la vie de ses malades ce rôle d'ami qui ne sollicite point les confidences, mais qui, les recevant toujours volontiers, sait donner son avis, montrer le danger d'une aventure, éviter l'irréparable. Rôle moral, qui double presque constamment l'acte médical... Et d'autant plus que dans bien des cas le problème physiologique ou pathologique que le médecin doit résoudre se complique d'un problème moral. »

Or, il faut l'avouer, l'époque que nous vivons n'est guère favorable à cette connaissance psychologique approfondie du malade par le médecin. Aujourd'hui, où tant de gens changent si fréquemment de médecin, souvent parce que la thérapeutique n'a pas eu d'effet immédiat, aujourd'hui où bien souvent le médecin n'est considéré que comme un fournisseur qu'on paie comme un autre et dont on change aussi facilement — sinon plus — il semble de plus en plus difficile au médecin de remplir ce rôle essentiel de sa profession.

Pour expliquer ce rôle, DUHAMEL a pu écrire : « Je pense à ces mille découvertes faites par le médecin dans l'ordre moral... Ces mille détails intimes qu'un médecin ne peut pas ne pas apercevoir, pour tout comprendre et sauver ce qui peut l'être. »

Or, c'est précisément au moment où le dérèglement de la vie sociale offre le plus de chances de voir nos peines morales prendre une importance accrue, et influencer sur notre organisme, qu'il faut constater cette infidélité à celui qui justement serait le plus capable de remettre les choses en place.

Dans l'éclosion de la tuberculose, le médecin ne devra pas sous-estimer les causes d'ordre moral qui déprimeront le ma-

lade. Il devra toujours avoir à l'esprit le rôle capital qu'elles peuvent jouer. Il ne devra jamais oublier que le moindre choc moral peut avoir une importance très grande et retentir sur l'organisme.

Le médecin sera amené alors à voir dans la surveillance uniquement morale, une thérapeutique aussi active, utile et nécessaire que pourrait l'être n'importe quel traitement physique ou chimique. Il lui faudra du reste user des deux mais toujours et avant tout dans le but d'améliorer le psychisme.

Le repos moral qui améliore déjà tant de bacillooses évolutives au début aura d'autant plus de chances d'agir avant que tout symptôme caractérisé se soit déclenché.

Il devra se méfier de l'état psychique de certains petits nerveux, de certains hypersensibles. Il devra toujours penser que ces états peuvent favoriser l'éclosion d'une tuberculose possible.

Il semble donc que la conduite à tenir soit assez simple :

1° D'abord *penser* à la tuberculose possible devant un état de dépression morale prononcé ou un état psycho-pathologique net;

2° Supprimer ou atténuer les troubles d'ordre psychique et moral, dans la limite du possible.

Certes il nous est difficile de donner des règles précises de cette psychothérapie. En effet, tout sera une question de dosage où les antécédents personnels et familiaux entrèrent en ligne de compte. C'est là que se manifestera le doigté, le sens psychologique du médecin.

Nous pensons que nous n'aurons pas fait œuvre inutile si nous avons pu montrer et faire admettre l'importance des causes secondes dans l'éclosion de la tuberculose pulmonaire, et partant avoir attiré l'attention sur la nécessité d'une prophylaxie psychique.

b) Pendant l'évolution de la maladie.

Nous avons vu combien le tuberculeux, une fois installé dans la maladie, était instable et influençable. Aussi sera-ce le devoir du médecin d'utiliser ce trait de caractère.

Combien n'avons-nous pas vu de malades, qui apprenant, après une analyse négative, qu'ils étaient à nouveau bacillaires, faire brusquement un « crise de cafard ».

Chez d'autres, au contraire, n'est-il pas fréquent de noter l'influence heureuse d'un encouragement, d'une bonne parole.

N'oublions jamais combien l'attitude du médecin est étudiée par le malade. Le moindre geste, les moindres paroles, le moindre regard est épié, commenté; la moindre intonation prend souvent une valeur insoupçonnée.

Mais n'oublions pas non plus que le malade ne demande qu'à avoir confiance, qu'à croire en la parole de celui qui le soigne. Il attend de son médecin un verdict, une parole encourageante. N'oublions jamais combien une parole heureuse peut avoir d'effet favorable. Ce que « le docteur a dit » sera discuté, commenté entre camarades et dans les lettres.

« Menus progrès, mots d'encouragements, tout porte, pour ces cœurs avides de croire, pour ces corps passionnés de guérir; un dixième de température en moins, une phrase du médecin. » (BURNAND).

Redresser les erreurs de jugement, entretenir l'espoir, « c'est un privilège, pour le médecin, que d'en être le dispensateur. »

Nous arrivons ainsi à cette idée de l'importance capitale pour le médecin de sanatorium de bien connaître ses malades. Cette connaissance, encore qu'elle accroîtra la confiance du malade envers son médecin, donnera à celui-ci la possibilité de mieux appliquer sa psychothérapie.

Le médecin doit vivre la vie de ses malades; il doit connaître leurs moindres réactions, les défauts de la cuirasse où il pourra frapper avec bonheur.

Le malade doit savoir que son médecin le connaît et qu'il ne peut, comme à tant d'autres, lui cacher une partie du fond de son cœur. Ce sera le rôle du médecin de discriminer suivant l'heure et le malade lequel du moral ou du physique prend le pas sur l'autre, et, pour un même malade, il s'attaquera tantôt à la cause physique tantôt à la cause morale.

Certes, nous ne nous leurrions pas sur la difficulté de sa tâche, elle demande des qualités variées, un sens exact de la connaissance de l'âme humaine en plus de qualités purement médicales. « A condition qu'il ne l'oublie jamais (son rôle moral), à condition qu'il reste humain et vrai, une force émanera de lui, plus solide que la sécurité suspecte dispensée par les marchands de mensonge. » (BURNAND).¹

Et n'oublions pas, pour finir, que le médecin a, à portée de sa main, des moyens qui à eux seuls peuvent transformer le climat moral du malade et l'atmosphère sanatoriale : les méthodes collapsothérapiques. Elles agissent, elles aussi, indirectement sur le moral du malade. Celui-ci sait, que le cas échéant, il pourra bénéficier d'une de ces méthodes; et cette assurance influe grandement sur son psychisme.

Nous pourrions dire avec Foix : « Les méthodes collapsothérapiques qui ont transformé le problème thérapeutique ont changé du même coup l'atmosphère morale du sanatorium et le psychisme des malades. La résignation et la passivité ne sont plus les qualités principales. Le malade lutte pied à pied au cours des thérapeutiques actives qui sont mises en œuvre successivement: Il peut mesurer le terrain au cours des différentes étapes, il voit autour de lui les heureux résultats obtenus. Et il n'hésite pas à affronter plusieurs fois la table d'opération si cela est nécessaire. »

Bien compris, le rôle du médecin de sanatorium s'avérera grand et riche en profit. Le seul fait qu'il puisse appeler chaque malade par son nom lui acquerrera incontestablement un prestige, une autorité qu'il aurait peut-être quelque peine à acquérir autrement. Ne négligeons pas les petits moyens, c'est

par eux qu'on gagne les cœurs et la confiance de ses semblables.

Nous ne saurions mieux terminer qu'en citant la phrase d'A. DUMAS fils : « Il devra être le thérapeute qui guérit parfois, soulage souvent, console toujours et qui, alliant la gravité sans prétention à la sollicitude qui devine les lésions, a le talent d'être à la fois, comme Marc AURÈLE, le plus impassible et le plus affectueux des hommes. »

II. — NECESSITE DE CONSTRUIRE DES SANATORIUMS DE MOYENNE IMPORTANCE

Nous avons montré l'importance que nous attachons à la connaissance individuelle du malade par le médecin.

Ces conditions peuvent-elles être remplies dans les sanatoriums actuellement existants ?

Que dire de ces établissements de 600 et 800 lits ? Avec la meilleure volonté du monde, le médecin ne peut connaître suffisamment ses malades.

Les sanatoriums ne devraient pas, à notre sens, excéder 180 à 200 lits. Ce nombre dépassé, la tâche du médecin devient très difficile et il peut moins utilement la remplir.

III. — REPRISE DU TRAVAIL

C'est sur le côté moral des bienfaits de la reprise du travail que nous voudrions insister. Nous l'avons dit, les tuberculeux au sanatorium sont des désœuvrés. Est-il nécessaire d'insister sur le danger de l'inaction, sur le désœuvrement si néfaste lorsqu'il vient à être érigé en véritable loi et en droit ?

Il faut bien l'avouer, pour beaucoup de malades, le séjour au sanatorium constitue un droit à l'inaction sinon à la paresse. DUMAREST a très justement noté les difficultés auxquelles

les on se heurte lorsqu'il s'agit de redonner au malade une certaine activité: « Lorsqu'on arrive au moment où l'entraînement au travail serait indiqué on se heurte malheureusement trop souvent à une mauvaise volonté qui semble d'ailleurs contagieuse... Est-il question de les entraîner à l'aide d'un travail utile, ils ont de suite l'idée qu'ils sont exploités. »

Et pourtant, dans nombre de cas, combien la reprise d'une légère activité serait souhaitable. Les bienfaits non seulement physiques mais moraux qu'en retirerait le malade seraient immenses.

IV. — DISCIPLINE ET REGLES DE VIE AU SANATORIUM

Tous les médecins sont aujourd'hui d'accord sur les règles d'hygiène et de vie qui doivent régner au sanatorium. Aussi n'est-ce point sur ce point que nous voudrions insister mais sur l'atmosphère morale.

Il est un point délicat sur lequel nous voudrions dire un mot. Le malade, au sanatorium, ne doit pas avoir l'impression qu'il est en quelque sorte un prisonnier.

Le malade doit arriver à la conception d'une discipline consentie. Il ne doit pas sentir de contrainte. Il doit s'imposer de lui-même la discipline nécessaire à la cure.

Nous retrouvons ici encore l'avantage d'un sanatorium à contingent limité. Ce qu'on ne saurait permettre dans un grand établissement, on pourra peut-être le tenter dans un sanatorium où les malades seront moins nombreux. On pourra moins craindre de faire jouer le facteur individuel et permettre à l'un ce que l'on refuse à l'autre, ce qui est impossible dans un établissement de 600 à 800 lits où l'on est bien obligé d'instituer une règle de vie commune et égale pour tous.

Pour terminer, disons un mot des permissions. Celles-ci, en général, sont accordées régulièrement au bout d'un certain nombre de mois de séjour.

Nous plaçant sur le plan moral, que faut-il en penser ?

Les permissions, diront les uns, sont nécessaires pour per-

mettre au malade de changer d'atmosphère, de se retremper dans son milieu familial; elles lui permettent de se « refaire le moral ».

Est-ce si sûr que cela.

Combien de malades n'avons-nous pas vu qui, au retour de permission, avaient le plus grand mal à se réadapter, qui, après avoir à nouveau goûté à la vie normale éprouvaient la plus grande peine à accepter le nouveau bail qu'il leur fallait signer avec la vie sanatoriale.

Etant donnée l'impossibilité qu'il y a à refuser des permissions, nous pensons que le meilleur moyen sera de les distribuer le plus parcimonieusement possible et, sauf, cas de force majeure, de n'en point faire une règle mais, au contraire, des exceptions.

Là encore le rôle du médecin sera important. Ce sera lui qui jugera en dernier ressort et sans rien imposer à son malade, essaiera de lui faire comprendre son point de vue.

Ce que nous avons dit des permissions, nous le dirons des visites, avec peut-être moins de fermeté, car le malade ne quittant pas le sanatorium ne peut reprendre contact avec son ancienne vie.

Aussi, à choisir, préférons-nous, dans la limite du possible, encourager davantage les visites que les permissions.

Nous ne saurions trop le répéter : dosage, doigté, sens psychologique devront être les qualités premières du médecin de sanatorium qui, sans heurter personne, saura se créer une autorité suffisante qui lui permettra dans toutes les circonstances d'apprécier l'état moral de son malade et d'agir au mieux de ses intérêts

CONCLUSIONS

I. — Le rôle du moral est incontestable comme facteur étiologique de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte.

Il est, non seulement une cause favorisante, mais le plus souvent (dans 52 % des cas selon nous) la cause principale déclenchante de la bacillose.

A. — CAUSES OCCASIONNELLES

La pathogénie de la tuberculose pulmonaire s'expliquant davantage par le fait d'une infection endogène, toutes les causes occasionnelles pourront avoir une très grande répercussion dans la genèse du processus bacillaire.

a) *Tuberculose conjugale.*

La contagion ne joue aucun rôle, ou du moins un rôle très minime, dans l'apparition de la tuberculose du conjoint contaminé. Ce sont les répercussions psycho-morales et le chagrin qui semblent être les principaux responsables de l'infection bacillaire.

b) *Les chagrins, les ennuis, les querelles de familles, les soucis professionnels* sont des causes secondes non moins importantes.

B. — CONSTITUTION PSYCHIQUE

Non moins important sera le terrain sur lequel se grefferont les causes accidentelles.

De nombreux sujets sont de petits psychiques, des hyper-émotifs, des instables sur lesquels tout nouvel incident d'ordre moral pourra avoir des répercussions considérables.

L'existence d'un « terrain » constitutionnel psychique, favorable à l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire, doit être admise.

Les prodromes psychiques de l'invasion tuberculeuse sont une réalité. D'importants changements du caractère, des goûts, des habitudes sont fréquemment observés quelque temps avant le début apparent de la tuberculose pulmonaire.

Ce ne sont que des épiphénomènes, capables de favoriser l'éclosion d'une bacillose en mettant l'organisme en état de moindre résistance.

II. — On ne saurait admettre l'existence d'une psychologie spéciale des tuberculeux pulmonaires. Ceux-ci sont simplement, placés dans les mêmes conditions de vie, des réactions analogues qui permettent de décrire des réactions communes aux tuberculeux, sans voir là une psychologie particulière.

III. — L'influence de la tuberculose, en tant que maladie due au bacille de Koch, est nulle sur les réactions psychologiques des malades. L'infection bacillaire ne doit nullement être tenue pour responsable des tendances nouvelles qui se sont créées. Seules peuvent être mises en cause les conditions de vie nouvelle dans lesquelles est plongé le malade.

IV. — La tuberculose ne prédispose en aucune façon à un nouvel état psychique. Elle ne crée rien. Chaque malade réagira suivant son âge, son éducation, son tempérament. Le tuberculeux reste ce qu'il est. La maladie ne créera pas un être psychiquement nouveau.

V. — Le rôle du moral aura une importance particulière au cours de l'évolution de la maladie. Il conditionnera les états favorables ou défavorables dans lequel il mettra le malade. Ceux-ci lui permettront de réagir ou, au contraire, de s'abandonner.

Il ne faudra pas oublier que le comportement psychique in-

flue l'état organique mais que celui-ci, à son tour réagit sur le moral.

VI. — Il semble qu'on ne doive plus voir une relation de cause à effet dans le grand nombre d'aliénés qui meurent tuberculeux. La tuberculose dans les asiles peut être considérée comme un phénomène intercurrent.

VII. — L'idée de l'existence d'une maladie mentale nettement caractérisée, d'origine tuberculeuse, doit être écartée. Il n'existe pas de « folie tuberculeuse ».

Il existe, par contre, des psychoses apparaissant soit au cours d'une tuberculose pulmonaire évolutive, soit le plus souvent sur un terrain nettement tuberculeux.

L'origine tuberculeuse de ces psychoses ne semble pas encore, à l'heure actuelle, nettement démontrée.

VIII — Les rapports qui unissent la tuberculose et la démence précoce ne sont pas encore bien établis. Les opinions et les expériences sont contradictoires et n'ont pas encore prouvé l'origine tuberculeuse de la démence précoce. Il semble prématuré dans l'état actuel de nos connaissances d'affirmer la nature bacillaire de la démence précoce.

IX. — Il est particulièrement important pour le médecin, avant et pendant la maladie, de s'attacher au problème psychique de sa thérapeutique. D'où nécessité de construire des sanatoriums d'effectifs réduits qui seuls permettront aux médecins d'appliquer une psychothérapie utile.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLENDY. — L'état psychique des tuberculeux. (*L'Homéopathie Moderne*, 15 novembre 1932.)
2. AMREIN. — Die tuberkulose in ihr Wirkung auf Psyche und Character.
3. AMEUILLE et Mlle SIMON. — La contagion de la tuberculose entre adultes. *Revue de Phtisiologie*, janvier 1934.
4. Jacques ARCHAINBAULT. — Essai clinique sur les rapports de la tuberculose et des maladies mentales. *Thèse Paris*, 1937.
5. E. ARLOING et A. DUFOURT. — Rôle du virus tuberculeux filtrable en pathologie humaine. (Huitième Congrès National de la tuberculose, Marseille 1935.)
6. E. ARNOULD. — La tuberculose dite conjugale et la contagion tuberculeuse chez les adultes. *Revue de la tuberculose*, avril 1925.
7. — La tuberculose chez les étudiants en médecine, les médecins et le personnel infirmier. *Revue de phtisiologie*, novembre-décembre 1932.
8. — La mortalité dans les asiles d'aliénés. *Revue de Phtisiologie*, janvier 1934.
9. — Tuberculose et démence précoce. *Presse médicale*, janvier 1934.
10. BAILLET. — La psychologie du tuberculeux. (*Infirmière Française*, novembre 1930.)
11. BALL. — Leçons sur les maladies mentales. 26^e leçon. (Paris, Arrel, 1880.)
12. Noël BARDSWELL. — Quelques aspects des villages sanatoriums de Papwoth et de Preston Hall (page 10, 7). *Bulletin de l'Union Internationale contre la tuberculose*, janvier 1936.
13. Etienne BERNARD. — Le moral des tuberculeux dans un service d'hôpital. (*Hauteville, Lomprès*, février 1938.)
14. Léon BERNARD. — Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire.
15. BERNSTEIN. — Eine Ursache der Wesen aüderuff heim Tuberculosent. (*Psychiat. Neural Wesbur*, 23 janvier 1932.)

16. BEZANÇON. — La part des processus indirects dans la tuberculose. (*Hauteville-Lompnes*, février 1938.)
17. BOCCHALI. — L'importance du psychisme des phtisiques pour la guérison. (Congrès allemand de la tuberculose, 8-12 juin 1927.)
18. P. BRAUN et Jeannine FREY RAGU. — L'importance du facteur moral chez l'adulte et chez l'enfant dans l'éclatement de la tuberculose pulmonaire. *Presse Médicale*, 16 juillet 1930.)
19. — Conséquences prophylactiques et thérapeutiques. (*Hauteville-Lompnes Médical*, février 1938.)
20. BRIAN DE CHAZELLES BENOIT. — Quelques aspects du problème de la tuberculose dans les asiles d'aliénés. (*Archives de neurologie*, octobre 1933.)
21. BRUNERIE. — Essai sur les troubles psychiques au cours de la tuberculose pulmonaire. *Thèse Lyon*, 1927.
22. René BURNAND. — Une ville sur la montagne. Un volume. Ettinger et C^o, Paris.
23. — Le rôle de la tuberculose chez les « patraques ». *Revue de la Tuberculose*, juin 1936.
24. CLAUDE. — Troubles psychiques chez les tuberculeux. *Concours Médical*, 3 février 1934.
25. CLAUDE et BARUK. — Tuberculose et démence précoce. Les troubles psychiques dans les phases et les phases prémonitoires de la tuberculose. *Paris Médical*, 27 décembre 1930, page 571.
26. CLOUSTON. — Tuberculosis and insanity. (*An. med. psychol.*, 1864.)
27. COLOMBAN. — La psychologie du tuberculeux. (*Hauteville-Lompnes Médical*, octobre 1937.)
28. P. COMBEMALE et P. MONDAIN. — Les troubles psychiques élémentaires de la tuberculose. (*L'Echo Médical du Nord*, 12 mai 1935.)
29. M.-F. COSTE. — Tuberculose et démence précoce. *Revue de phtisiologie*, janvier 1934.
30. CREISHER. — Beitrag zu psychologie vom Lungen kranken. (*Beit. z. Klin. and Tuberk.*, 68 : 408.413, 1927.)
31. P. DEBRÉ et Mme Th. MARTINY GAGNY. — Sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. *Revue de la Tuberculose*, juin 1931.
32. Félix DEUTSCH. — De l'influence du psychisme sur la vie organique. *Revue Française de Psychanalyse*, 1^{er} juillet 1927.
33. K. DIEHL. — Tuberculose et individualité. *Presse Médicale*, 27 octobre 1934.

34. D'HOLLANDER et ROUVROY. — La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse. *Annales médico-psychologiques*, novembre 1932.
35. DUCHAINE. — Les prodromes psychiques de l'imprégnation bacillaire. (*Bulletin Médical*, 17 février 1934.)
36. DUMARES'. — La vie hygiénique du tuberculeux. Un vol., Doin, édit.).
37. ESKIROL. — Des maladies mentales. Baillière, 1838.
38. FOIX. — Le moral des tuberculeux adultes et enfants. Etude psychologique. (*Hauteville-Lompnes*, 1937.)
39. FORSTER' et Charles SHEPARD. — Abnormal mental states in tuberculosis. (*The ann. rev. of tub.*, march 1937.)
40. André GILLES. — Psychonévrose et tuberculose. (*L'évolution Psychiatrique*, n° 1, 1934.)
41. W.-C. GROOM. — Tuberculosis as an etiological factor in production neurasthénic symptoms. (*The psychiatry quaterly*, janvier 1929.)
42. GUILLAIN et Guy LAROCHE. — La fixation des poisons sur le système nerveux. (*Semaine médicale*, 19 juillet 1911.)
43. JACQUEROD. — L'infection tuberculeuse des internes en médecine. (*Presse Médicale*, 16 janvier 1929.)
44. JANOWSKI. — La forme pseudo-neurasthénique de la tuberculose pulmonaire. (*Paris Médical*, 27 août 1927.)
45. JOLTRAIN. — L'émotion facteur du déséquilibre moral. (*Presse Médicale*, 7 juin 1933.)
46. KOLLARITZ. — Ueber die Augenblicke Euphorie des Tuberkulosen. (*Arch. psych.*, 91 : 579; 690, 1930.)
47. KNOPF. — Anomalies mentales prétendues dans la tuberculose pulmonaire. (*Med. journ. rec.*, 4 mai 1927.)
48. MAC GHIE et BRINK. — A tuberculosis survey in mental hospitals. (*Am. journ. of psychiatry*, vol. XIII, n° 1.)
49. Auguste MARIE. — Tuberculose et psychose. (*Bull. et Mém. de la Sté de Méd. de Paris*, 14 novembre 1930.)
50. MASSON OURSEL. — La psychologie du tuberculeux. (*Gaz. Méd. de France*, 15 août 1929.)
51. MICHON et MOLLARD. — Moral des tuberculeux et troubles moteurs. (*Haut-Lo.*, février 1938.)
52. MOREL. — Traité des maladies mentales. (Masson 1860.)
53. J.-B. MORELET. — L'influence de la tuberculose sur le caractère, la mentalité et dans l'œuvre de quelques tuberculeux célèbres. (*Thèse Bordeaux*, 1928.)
54. MORLAND. — La mentalité du tuberculeux. (*The Lancet*, 23 janvier 1932, page 176.)
55. PAGNIEZ. — Tuberculose et démence précoce. (*Arch. intern. de neurologie*, décembre 1932.)

56. C. PASCAL et DOUSSINET. — Hébéphrénie et tuberculose. (*Arch. intern. de neurologie*, décembre 1932.)
57. G. PETIT. — Tristesse et tuberculose. (*Cours Méd.*, 29 janvier 1927.)
58. — Les influences morales et la tuberculose. (*Cours Méd.*, 7 février 1932.)
59. — La neurasthénie pré-tuberculeuse. (*Cours Méd.*, 18 août 1935.)
60. RIST et HAUTEFEUILLE. — Quelques remarques sur la tuberculose conjugale et ses facteurs psycho-sociologiques. (*Arch. de Méd. et Phar. Mil.*, tome LXXXVII, n° 4, octobre 1927.)
61. RONCE. — Essai sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires. (*Thèse Paris*, 1932.)
62. Marcel ROUYER. — Sur les rapports de la tuberculose avec les troubles mentaux. (*Thèse Paris*, 1930.)
63. SCHACHTER. — Le psychisme de l'infection tuberculeuse. (*Journ. de Méd. de Lyon*, 5 août 1934.)
64. — L'état psychique dans la tuberculose. (*Revue de la Tub.*, février 1933.)
65. SERGENT, H. DURAND, KOURILSKY, BENDA. — Le virus filtrant tuberculeux en clinique. La phase antibacillaire. (*Presse Méd.*, 2 juillet 1930.)
66. SERGENT et TURPIN. — Les facteurs de terrain autres que l'allergie dans l'infection tuberculeuse. (6^e Congrès de la Tub., Lyon, 1927. Un vol., Masson, édit.).
67. A. TARDIEU et LEJARD. — Contribution à l'étude de l'étiologie tuberculeuse en psychiatrie. (*Le Bull. Méd.*, 30 mars et 2 avril 1927.)
68. R. TARGOWLA. — Tuberculose et troubles mentaux. Conceptions nouvelles. (*Presse Méd.*, 11 février 1933.)
69. R. TARGOWLA et G. GIRAUD. — Les conséquences médico-légales des troubles psychiques dans leur relation avec les affections sommatiques. (*Gaz. Méd. de France*, 15 août 1929.)
70. E. TOULOUSE. — La tuberculose et la psychopathie. (*Rev. d'Hyg. et de Méd. prév.*, 9.1930.)
71. TOULOUSE, VALTIS, SCHRIF et VAN DEINSE. — Virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien d'un D. P. (Société de Biol., 18 avril 1931.)
72. — Ultravirus tuberculeux et D. P. (*Ann. Méd. Psych.*, novembre 1932, p. 474.)
73. VALTIS. — Le virus filtrant. (Un vol. Masson, édit.).

TABLE DES MATIERES

Introduction	13
Généralités	17
<i>Chapitre I.</i> — Rôle du moral comme facteur étiologique....	27
A. — Causes occasionnelles.	
a) Tuberculose conjugale	37
b) Chagrins	44
c) Ennuis de famille, etc.	47
B. — Causes propres à la constitution psychique.	51
Les prodromes psychiques pré tuberculeux	55
<i>Chapitre II.</i> — L'influence du moral au cours de l'évolution de la maladie.	
I. — Le psychisme du tuberculeux.	59
a) Le malade devant la révélation de la maladie.	61
b) Le malade devant la maladie.	64
II. — Le moral au cours de l'évolution de la tuberculose..	76
<i>Chapitre III.</i> — Tuberculose et psychopathies	83
I. — Les troubles psychiques et la tuberculose pulmonaire.	
A. — Mortalité tuberculeuse dans les asiles.	84
B. — Les psychoses tuberculeuses	88
II. — Tuberculose et démence précoce.	92
<i>Chapitre IV.</i> — Résultats pratiques.	97
Conclusions	105
Bibliographie	109



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



